МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР

5-6

ИЗДАНИЕ НАРКОМЗДРАВА БССР

МИНСК

1939

АВТОРАМ

1. Статьи, присылаемые в „Медицинский журнал БССР", должны быть напечатаны на пишущей машинке или, в крайнем случае, написаны четким почерком. В редакцию должен присылаться **первый** машинный оттиск. Рекомендуется писать все слова полностью без каких-либо сокращений.

2. Статьи на актуальные темы, обзоры, лекции, доклады не должны превышать $^1/_2$ печатного листа (10 — 12 страниц машинописи); для оригинальных статей—не более 10000—15000 знаков (5—7 страниц машинописи).

3. Статьи должны печататься на пишущей машинке на одной стороне листа с полями не менее 3 см.

4. Историческое введение, истории болезни и литература вопроса должны быть даны возможно короче. Изложение статьи должно быть четким и сжатым.

5. Диаграммы, таблицы, фотографии и т. д. печатаются в минимальном количестве; они должны быть снабжены четкой надписью о содержании.

6. Библиография должна даваться возможно короче, причем приводиться должны только монографии на данную тему и журнальные статьи.

7. Статья должна быть подписана автором и должны быть даны точный адрес и полностью (а не в виде инициалов) имя и отчество автора.

8. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи.

Статьи должны направляться по адресу:

Минск, Дом Правительства, Наркомздрав БССР, редакции журнала „Медицинский журнал БССР".

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР

5—6

ГОД ИЗДАНИЯ ВТОРОЙ

ИЗДАНИЕ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БССР
МИНСК 1939

Отв. редактор *И. А. Новиков* Техредактор *С. М. Крамер*

Сдано в набор 21/VII—39 г. Подписано к печати 28/X—39 г. Тираж 2.000 экз.
Об'ем $9^1/_2$ печ. л. В печ. л. 62.000 зн. Бумага $72\times105^1/_{16}$. Зак. № 828
Уп. Главлита БССР № 605.

Типография им. Сталина. Минск, Дом Печати.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 5—6 1939 г.

АНАТОКСИН И ЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Проф. С. М. Фрид и Г. Е. Фрумкина

Из Белорусского института микробиологии и эпидемиологии и кафедры микробиологии Минского мединститута.

Опыт активной иммунизации против оспы показал, что с помощью методов специфической профилактики можно не только снизить заболеваемость и смертность, но и окончательно ликвидировать, как массовое, то или иное эпидемическое заболевание. Результат иммунизации в конечном счете определяют два основных фактора—качество антигена и количество привитых. Помимо того, иммунизация должна проводиться правильно и систематически. Самая эффективная вакцина не может дать ощутительных результатов, если процент привитых будет недостаточно высок по сравнению с процентом лиц, не обладающих иммунитетом. Только поголовная иммунизация или, по крайней мере, иммунизация, охватывающая подавляющее большинство коллектива, способна при правильном и систематическом ее применении оградить коллектив от эпидемического распространения болезни. В этом отношении результат борьбы с натуральной оспой навсегда останется образцом достижений, которых добился человек в борьбе со стихией.

В борьбе с распространением токсических инфекций—дифтерии, столбняка и др.—иммунология столкнулась вначале с целым рядом препятствий. Для получения антитоксического иммунитета вакцина из бактериальных тел—ослабленных или убитых (опыты Петрушки)—оказалась недостаточно эффективной, а ядовитые продукты бактерий—экзотоксины—даже в сильных разведениях (Дзержговский) perse не могли быть применяемы для иммунизации ввиду резкой реакции, какую они вызывают в организме.

В 1913 г. Беринг предложил для активной иммунизации детей против дифтерии смесь токсина с антитоксином, применявшуюся на протяжении 20 лет лишь для иммунизации крупных животных (Бабес, Парк, Дрейер и Мадсен, Теобальд Смит и др.). Широкого распространения метод Беринга не получил, главным образом, из-за его ограниченной эффективности и относительной сложности. Известную роль сыграла разразившаяся вскоре империалистическая война.

С другой стороны, опубликованная в 1913 г. реакция Беллы Шик, позволяющая судить об иммунологическом состоянии организма в отношении дифтерии, побудила В. Парка, независимо от

Беринга, внедрить метод активной иммунизации смесью токсина с антитоксином в Соединенных Штатах Америки. Смеси Парка содержали некоторый избыток токсина (гипонейтральная смесь), который трудно было в каждом отдельном случае учесть. Вскоре были предложены другие смеси: нейтральная (Левенштейн), гипернейтральная (Рено и Леви). При этом одни авторы исходили из того, что образование иммунитета обусловливается только наличием токсина; другие полагали, что токсин лишь способствует образованию иммунитета; наконец, третьи вообще не признавали за токсином особого значения, что и привело к применению нейтральных и гипернейтральных смесей. Ни один из приведенных методов иммунизации на практике себя не оправдал. Оставалось найти способ—инактивировать токсин или нейтрализовать его ядовитые свойства с одновременным сохранением его иммунизирующей способности.

Лабильность экзотоксинов была выявлена еще в первых работах Ру и Иерсена. Экзотоксины, как диастазы, чрезвычайно чувствительны к действию различных физических и химических факторов: под их влиянием они подвергаются ряду более или менее глубоких изменений и, в конце концов, полностью разрушаются, т. е. подвергаются химической денатурации. Так, при подогревании до 50° в течение 12 часов, при 56° в течение 2 часов или при 58° в течение 30 минут дифтерийный или столбнячный токсины теряют около 50% активности. При 70° они ослабляются еще более быстро и более полно. Под влиянием высокой температуры токсины, по выражению Эрлиха, переходят в неядовитые токсоиды. Эти токсоиды способны in vitro соединяться с соответствующими антитоксинами; in vivo они вызывают образование антитоксина. Короче говоря, токсоиды ведут себя, как полноценные антигены, причем иммунизирующие свойства их в достаточной мере выражены.

Ру и Вейар показали, что дифтерийный и столбнячный токсины в смеси с раствором Люголя (1:1) полностью теряют свои ядовитые свойства.

Беринг и Китазато добились полного ослабления токсина с помощью треххлористого иода.

При подкожном введении токсины, измененные высокой температурой или химическими продуктами, вызывают у животных спустя несколько недель иммунитет, позволяющий им перенести много доз чистого токсина. До употребления смесей токсина с антитоксином гипериммунизация лошадей для получения антитоксических сывороток, действительно, производилась смесью токсина с раствором Люголя в разведении 1:1 или 2:1. Смесь вводилась с промежутками в 3—4 дня.

Во время империалистической войны, в 1917 г., Валле и Бази пытались получить у раненых активный иммунитет против столбняка путем введения с пятидневными промежутками трех доз столбнячного токсина с прибавлением люголевского раствора. Иодированный столбнячный токсин, введенный морской свинке троекратно в дозах от 1 до 5 см³, делает ее, по Окуда, резистентной только против одной смертельной дозы чистого токсина.

Аронсон, Брукгард и другие показали, что дифтерийный и столбнячный токсины легко разрушаются от действия формалина. При одновременном воздействии на токсин слабых доз (1,5%) форма-

лина и рассеянного или электрического света, тепла или холода, температуры в 36° в течение 30—35 дней—препарат, в значительной степени теряя ядовитость, сохраняет иммунизирующие свойства. Однако, когда Левенштейн и Эйслер пытались иммунизировать таким препаратом людей, исследователи потерпели полную неудачу.

Мари изучил «нейтрализующее» действие адреналина на бактериальные (дифтерийный, столбнячный) и растительный (абрин) яды. По данным автора, 0,5 см³ пятипроцентного раствора адреналина инактивирует 5 смертельных для морской свинки доз столбнячного токсина.

Инактивирующее действие желчи, желчных солей и мыл на токсин подробно изучили Венсан, Зибер, Ненцкий, Шумов и др. Уже Венсан отметил, что обработанные перечисленными продуктами токсины в значительной мере сохраняют свои антигенные свойства.

Наконец, Рамон путем прибавления к дифтерийному токсину небольших доз (1—2‰) формалина и хранения этой смеси при комнатной температуре в 1923 г. установил, что патогенные свойства обработанного таким способом токсина с течением времени понижаются, в то время, как иммунизирующая способность препарата полностью сохраняется на протяжении ряда месяцев. Ослабление токсина происходит более быстро при увеличении дозы формальдегида до 3—4‰ и сохранении смеси при температуре 38—40°. Если взять очень активный токсин, содержащий, например, 800 смертельных для морской свинки доз (Dlm), и обработать его описанным способом, то можно через 28—30 дней получить препарат, который у морской свинки не вызывает ни местной реакции, ни общих явлений дифтерийной интоксикации. С другой стороны, морские свинки, привитые этим препаратом, уже через месяц безболезненно переносят от 50 до 100 смертельных доз чистого токсина: они приобретают специфический активный иммунитет. Это безвредное иммунизирующее вещество, приготовляемое из токсина, Рамон называет анатоксином.

Большинство растворимых микробных токсинов можно ослабить комбинированным действием формалина и высокой температуры. Однако анатоксинами мы вправе называть лишь такие вещества, которые, помимо прочих свойств, обладают двумя основными качествами: абсолютной безвредностью и вполне выраженными антигенными свойствами. Эти качества отличают анатоксины от Беринговских смесей токсина с антитоксином, обладающих неопределенной стойкостью, и от токсоидов Эрлиха, получаемых путем воздействия на токсин высокой температурой.

По Рамону, анатоксин представляет собою не токсин, обезвреженный комбинированным действием тепла и формалина или какимнибудь другим путем. Анатоксин, помимо своей безвредности, в принципе является новым препаратом, обладающим внутренней антигенной ценностью, обнаруживаемой с помощью реакции флокуляции.

При соединении токсина с антитоксином в определенных отношениях выпадают хлопья. Момент выпадения хлопьев соответствует нейтрализации токсина антитоксином. Метод сводится к следующему. В пробирки с одинаковым количеством токсина прибавляют нисходящие дозы антитоксической сыворотки определен-

ного титра. Пробирки со смесью ставятся в водяную баню (или в термостат) при температуре 45°. Спустя некоторое время (неодинаковое для различных серий—от 10 минут до 2—3 часов) в отдельных пробирках появляется сначала опалесценция, а затем выпадают хлопья. Появление хлопьев (флокуляция) соответствует моменту нейтрализации токсина антитоксином. В дальнейшем флокуляция появляется и в других пробирках. Поэтому необходимо проследить первую флокуляцию, которая и позволяет определить флокулирующую силу данного токсина. Для ясности приведем схему постановки опыта:

Пробирки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Токсин или анатоксин	5 см³	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Антитоксическая сыворотка титра 400 АЕ	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1

Допустим, что начальная флокуляция выявилась в 7-й пробирке. Это означает, что 160 антитоксических единиц нейтрализовало 5 см³ токсина, или 32 антитоксических единицы нейтрализовали 1 см³ токсина. Таким образом, начальная флокуляция (Limes flocul— Lf) данного токсина равна 32.

Чем выше Lf, тем больше антигенная сила токсина. Хороший анатоксин должен флокулировать лишь немного слабее исходного токсина, с некоторым запозданием. Следовательно, чем выше Lf исходного токсина, тем он больше и в полученном из него анатоксине.

Для изготовления исходного дифтерийного токсина пользуются интернациональным штаммом PW_8, засеваемым на бульон Мартена. Посев выдерживается в термостате 6—8 дней при температуре 37°. Берут свеже профильтрованный токсин, обладающий достаточно высокими патогенными свойствами, содержащий, например, не менее 700—800 смертельных для морской свинки доз (Dlm) в 1 см³. К токсину прибавляют 3—4‰ сорокапроцентного формальдегида и смесь помещают в термостат при температуре 37°. Спустя 24 часа токсичность начинает постепенно падать, а через 1 месяц смесь становится совершенно атоксичной: она не убивает морской свинки даже при подкожном введении 40 см³. Токсин перешел в а н а т о к с и н.

Иммунизирующие свойства дифтерийного анатоксина в общем строго пропорциональны присущей ему антигенной способности, измеряемой, по Рамону, степенью и быстротой его флокуляции в присутствии соответствующего антитоксина. Если, например, одной группе морских свинок ввести по 5 см³ анатоксина с титром в 25 единиц (АЕ), другой группе—по 5 см³ с титром в 10 АЕ, третьей—такую же дозу анатоксина, содержащего всего 1 АЕ, а затем спустя один месяц всем этим животным ввести различное количество Dlm токсина, тогда выявится, что среди животных первой категории большинство оказалось резистентным против 200 Dlm, вторая группа свинок резистентна всего против 100 Dlm, а животные третьей группы переносят (и то весьма незакономерно) всего несколько

смертельных доз. Разумеется, степень иммунитета в неменьшей мере зависит от индивидуальности иммунизируемого организма и от условий, в которых производилась вакцинация.

В отличие от токсина, анатоксин—препарат очень стойкий. Дифтерийный анатоксин, подогретый при 65° и даже при 70°, сохраняет свою флокулирующую способность, нейтрализующую способность (Lf) и иммунизирующие свойства. С другой стороны, животные, получившие одинаковые количества подогретого и неподогретого анатоксина, дают сыворотку с эквивалентным содержанием антитоксических единиц.

Главное неудобство нейтрализованных смесей токсина с антитоксином заключается именно в их сравнительно быстрой обратимости под влиянием различных факторов и, в первую очередь, от долгого хранения. Анатоксин, наоборот, хранящийся в ампулах или даже в бутылях, негерметически закрытых при температуре 3—16°, остается в течение 5 лет столь же безвредным, как и в первый день. С другой стороны, за исключением легкого запоздания реакции, ни флокулирующая, ни антигенная способности, определяемые в присутствии той же стандартной сыворотки, не изменяются на протяжении всего этого срока. Наконец, анатоксин полностью сохраняет свои иммунизирующие свойства в отношении человека и животных.

Противодифтерийная вакцинация людей.

Полная безвредность дифтерийного анатоксина, доказанная введением массивных доз морской свинке, и его высокие иммунизирующие свойства, выявившиеся при гипериммунизации лошадей, позволили Рамону предложить свой препарат для целей вакцинации людей против дифтерии.

Многочисленные наблюдения Мартена, Дарре, Люазо и Лаффея, Целлера, Рубиновича, Леребулле, Генсвала и других уже с самого начала выявили, что повторно введенный в соответствующих дозах дифтерийный анатоксин сообщает человеку активный, прочный и длительный иммунитет против дифтерийной токсикоинфекции.

На протяжении 15 лет дифтерийный анатоксин выдержал испытание на многих миллионах привитых в различных странах Старого и Нового Света, и ныне Рамон с законной гордостью подводит блестящие итоги борьбы с дифтерией с помощью разработанного им препарата.

В отношении реактивных свойств анатоксина Рамон утверждает, что до настоящего времени не установлен ни один случай, который мог бы заставить усумниться в безвредности препарата, не установлен ни один случай остаточной его токсичности. Даже там, где по ошибке вместо противодифтерийной сыворотки вводился дифтерийный анатоксин в больших дозах, никаких осложнений не наблюдалось. В двух случаях, по литературным данным, взрослым больным было введено по ошибке до 150 $см^3$ анатоксина вместо сыворотки. Больные нимало не пострадали: в моче у них даже не удалось обнаружить следы альбуминов.

Однако, если дифтерийный анатоксин является безусловно безвредным, то он все же может у некоторых детей, особенно старшего возраста, вызвать более или менее значительные реакции, как местные, так и общего характера. Суммарные данные позволяют отме-

тить 2—5% местных и 5—10% общих реакций. В известной части случаев реакция должна быть отнесена не за счет препарата, а обусловлена причинами побочного характера—несоблюдением правил асептики при ин'екции, пренебрежительным отношением к противопоказаниям и т. п. Весьма возможно, что реакции, особенно у старших детей, зависят от анафилаксии по отношению к белкам дифтерийных микробов, с которыми чаще приходили в соприкосновение более взрослые и, таким образом, сенсибилизировались. Во всяком случае, процент осложнений от дифтерийного анатоксина значительно ниже, чем от любого другого препарата, применяемого для активной или пассивной иммунизации.

Лондонская конференция, созванная в 1931 г. гигиенической комиссией Лиги наций и об'единившая большое число гигиенистов и клиницистов различных стран, вынесла по поводу анатоксина следующее решение: «Реакции, наблюдаемые иногда после введения антидифтерийных вакцин, не опасны; они не должны служить препятствием к пропаганде этих прививок даже в отношении туберкулезных детей».

Последние годы были предприняты попытки понизить реактивность анатоксина путем очистки. Очистка производится с помощью методов адсорбции, ультрафильтрации, изоэлектрического осаждения и т. п. Путем очистки удается удалить до 99% балластных белков, обусловливающих реактивность антигенов. Буавен нашел, что в процессе очистки теряется от 10 до 20% иммунизирующих свойств препарата. Но, с другой стороны, очищенный анатоксин можно легко концентрировать, получить в 1 см³ более высокое количество антигенных (иммунизирующих) единиц и тем самым сократить число прививок до двух.

Результат иммунизации, как непосредственный, так и более отдаленный, зависит, главным образом, от качества вакцины, от методики прививки и количества охваченных прививкой лиц. В настоящее время анатоксин, по Рамону, является основным препаратом для иммунизации. Анатоксин быстро вытеснил предложенную в 1913 г. Берингом смесь дифтерийного токсина с антитоксином. Полная законченная иммунизация анатоксином состоит из первичной двух-и трехкратной вакцинации с введением на весь курс не менее 60 иммунизирующих единиц анатоксина и отдаленной ревакцинации («ин'екция напоминания») через 8—12 месяцев после первичной иммунизации. При первичной иммунизации промежутки между ин'екциями равны 3—4 неделям.

«Ин'екция напоминания», по Рамону, в значительной мере способствует повышению иммунитета. У лиц, не получивших после первичной вакцинации достаточной степени иммунитета, отдаленная ревакцинация позволяет поднять или даже превысить уровень антитоксина, необходимого для сопротивления дифтерийной токсикоинфекции.

Согласно инструкции, утвержденной Главной государственной санитарной инспекцией СССР, прививки против дифтерии производятся дифтерийным анатоксином, содержащим не менее 20 антигенных (иммунизирующих) единиц в 1 см³.

Прививки проводятся в виде первичной двукратной иммунизации с обязательной отдаленной ревакцинацией («ин'екцией напоминания»).

Первичная иммунизация производится по схеме: первая прививка—доза анатоксина в 1 см³ (не менее 20 АЕ); промежуток в 20 дней; вторая прививка—доза анатоксина в 2 см³ (не менее 40 АЕ). Интервал между первой и второй прививками не может быть сокращен, но в отдельных случаях вынужденного перерыва допускается возможность удлинения промежутка до полутора месяцев.

Отдаленная ревакцинация производится через 6—12 месяцев после первичной иммунизации однократной дозой анатоксина в 1 см³, но не менее 20 АЕ.

Прививки против дифтерии у детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет производятся без предварительной постановки реакции Шика.

Клиническими противопоказаниями к производству прививок являются: а) острые инфекционные заболевания, включая период реконвалесценции; б) лихорадочные состояния; в) туберкулез с локальными явлениями; г) острые кишечные расстройства; д) болезни крови (злокачественное малокровие и лейкемия); е) диабет; ж) болезни почек; з) декомпенсированные и приобретенные пороки сердца; и) аллергические состояния: астма, пищевые и другие идиосинкразии, имеющиеся в анамнезе и подтвержденные врачом; к) спазмофилия.

Примечание. Прививки детей, перенесших инфекционные заболевания центральной нервной системы (энцефалит, менингит), производятся в каждом отдельном случае по консультации со специалистами.

У детей раннего возраста (от 6 месяцев до 1 года), кроме указанных выше и относящихся к этому возрасту заболеваний, противопоказаниями к прививкам являются: а) диспептические расстройства; б) гипотрофия в тяжелой степени; в) атрофия; г) эксудативный диатез с ярко выраженными кожными проявлениями; кроме того, прививки не производятся в жаркое летнее время.

Прививки более целесообразно проводить весной с тем, чтобы осенью, к началу занятий в школах, дети уже были иммунизированы.

Начиная с 1925 г. Рамон стал добавлять в анатоксину для усиления его иммунизирующего эффекта различные вещества—тапиоку, квасцы, хлористый кальций и др. В результате этих работ намечались попытки заменить троекратную прививку однократной. Однако опыт показал, что однократная иммунизация дает не более 50—60% Шик—отрицательных, и метод был вскоре оставлен.

Наконец, эффективность дифтерийного анатоксина заметно повышена, благодаря, так называемым, ассоциированным прививкам, состоящим в одновременном введении одного или двух анатоксинов в смеси с микробной вакциной. Ассоциированная вакцина—смесь противотифозной вакцины + дифтерийный анатоксин + столбнячный анатоксин—помимо других качеств имеет то преимущество, что позволяет сократить число ин'екций со значительной эффективностью каждой из них.

В частности, по отношению к дифтерии с самого начала было установлено, что антидифтерийная иммунизация, проведенная в ассоциации с другой вакциной, позволяет сообщить иммунитет, дающий отрицательную реакцию Шика в 100%.

В первые годы применения анатоксина 95% иммунизированных детей сохраняло в сыворотке крови 1/30 АЕ (антитоксической еди-

ницы), что соответствует отрицательной реакции Шика. В настоящее время можно считать доказанным, что процент иммунных, слегка понижаясь через 1—2 года, снова нарастает через 3—4 года, очевидно, на базе естественного иммунитета. Исследовав детей через 7 лет после прививки, Луазо среди них обнаружил 95,7% Шик—отрицательных. Другие авторы обнаружили 100% Шик—отрицательных спустя 8 лет после прививки. Эти факты свидетельствуют о том, что правильно проведенная иммунизация сообщает иммунитет более стойкий и длительный, чем после перенесения дифтерийного заболевания. Известный процент заболеваемости среди привитых, описываемый различными авторами, следует отнести, с одной стороны, за счет неточного выполнения методики и техники прививки, а с другой—давно отмечен факт, обнаруженный в ходе вакцинаций, что среди иммунизируемых встречаются дети, которые упорно не поддаются вакцинации.

Активная вакцинация специфическим анатоксином сразу оказала влияние на заболеваемость и смертность от дифтерии как в мелких коллективах, так и в крупных об'единениях. Так, уже в первые годы применения этого метода 900 учеников, живших в интернате начальной школы в г. Витри (Франция), были троекратно иммунизированы дифтерийным анатоксином. На протяжении двух лет дети не дали ни одного случая дифтерии, несмотря на то, что среди населения города и вновь поступивших в школу учеников, еще не успевших иммунизироваться, случаи дифтерии наблюдались очень часто.

Не менее показателен опыт, проведенный в 1931 г. в морском госпитале в Берке. На 1000 детских коек костного туберкулеза в течение 1923—1925 гг. до вакцинации наблюдалось 137 случаев дифтерии, из них 12 с летальным исходом. С 1928 г. стали проводить систематическую иммунизацию. На протяжении трех последующих лет (1928—1930) было всего 10 случаев дифтерии, из них один (оставшийся все время Шик +) с летальным исходом.

Приведенные данные лишний раз показывают эффективность вакцинации в среде, постоянно инфицируемой и реинфицируемой занесением микрофлоры извне. Одновременно эти данные подтверждают безопасность применения этого метода среди туберкулезных детей.

Эффективность иммунизации анатоксином в крупных коллективах иллюстрируют прививки, произведенные в армии. В конце 1931 г. во Франции был издан закон, по которому гарнизоны, флотские команды и т. д., расположенные в эндемичных по дифтерии районах, подлежат обязательной поголовной прививке. Иммунизация производилась ассоциированной вакциной—дифтерийный анатоксин + противотифозная вакцина. В результате, реакция Шика оказалась отрицательной в 100%, что дало повод крупнейшему французскому эпидемиологу Дотэ заявить: «Профилактическая иммунизация анатоксином в смеси с противотифозной вакциной дала прекрасные результаты. Всюду, где она проводилась, дифтерия среди привитых исчезла, в то время, как среди непривитых или неполностью привитых, она появлялась не так уж редко». И далее Дотэ заключает, что «армия уже получила и еще получит значительную пользу от ассоциированной вакцинации. Этот метод является могучим орудием в борьбе с распространением эпидемических заболеваний».

Осенью 1936 г. во французском парламенте был принят законо-

проект, согласно которому в армии вводится в обязательном порядке тройная вакцина—дифтерия + столбняк + тиф. В 1936 г. ассоциированную вакцину получили 400.000 человек, к концу 1938 г.—еще около 800.000. О результатах иммунизации можно судить хотя бы по данным одного западного «военного участка».

В 1933 г	172	случая дифтерии	— 10, 1‰
„ 1934 „	101	„ „	— 5,94‰
„ 1935 „	102	„ „	— 5, 1‰
„ 1936 „	68	„ „	— 2, 7‰
„ 1937 „	19	„ „	— 0, 6‰

Не менее показательны успехи иммунизации анатоксином среди неорганизованного городского или сельского населения. Врач департамента Эн, Понсе, указывает, что к осени 1938 г., за 7 лет, было привитых 30.000 детей, около 50.000 было не иммунизированных. В 1937 г. среди последних отмечено 165 случаев дифтерии с 51 летальным исходом, в то время, как среди иммунизированных оказалось всего 10 случаев заболевания и ни единого exitus.

Врач города Монтлюсон сообщает, что, начиная с 1930 г., по городу стала проводиться дифтерийная вакцинация. С декабря 1930 г. до января 1933 г. проиммунизировано ⅔ детского населения. За истекшее время среди 1.492 непривитых отмечено 48 случаев (32,12‰) клинически выраженной дифтерии, из них 6 со смертельным исходом (4‰), между тем как на 2.260 правильно привитых детей приходится всего 6 случаев дифтерии (2,65‰) и ни одного смертельного исхода.

С 1928 г. начинается более или менее регулярная иммунизация детского населения г. Парижа. В настоящее время проиммунизировано до 50% детского населения. Движение заболеваемости и смертности за последние 11 лет показывает следующая таблица:

Годы	Смертность от дифтерии	% на 100.000 населения
1928	318	11,1
1929	299	10,0
1930	237	8,2
1931	229	7,9
1932	248	8,6
1933	178	6,2
1934	157	5,4
1935	104	3,6
1936	107	3,7
1937	87	3,0
1938	55	2,7

Снижение заболеваемости и смертности не приходится отнести за счет падения эпидемической волны в виду того, что среди непривитых, как показывает статистика, ни в Париже, ни в других городах дифтерия не прекращалась.

Из других стран наибольшую эффективность иммунизации анатоксином показывает Канада, где на 10 миллионов населения приходится около двух миллионов привитых. Заболеваемость и смертность от дифтерии резко снизились. Так, в провинции Онтарио в 1924 г. зарегистрировано 3473 случая дифтерии, из них 322 с летальным исходом. В 1936 г. было всего 290 случаев болезни и 31 случай смерти.

В Гамильтоне с населением в 150.000 человек, начиная с 1933 года не наблюдался ни один случай дифтерии. В Торонто (650.000 населения) иммунизировано с 1926 г. 117.000 детей. Эффективность этой массовой иммунизации выразилась в том, что заболеваемость дифтерией со 104 на 100.000 населения в 1930 г. пала до 3,5 на 100.000 в 1934 году.

В Нью-Йорке в период с 1924 до 1929 г. ежегодно регистрировалось в среднем 10.000 случаев дифтерии; из них 700—с летальным исходом (11,2 на 100.000 населения). После прививочной кампании, в 1936 г., отмечено всего 1143 случая дифтерии, из них всего 35 с летальным исходом (0,47 на 100.000 населения). Аналогичные результаты (снижение заболеваемости на 70—90%) можно отметить по ряду стран, где иммунизация анатоксином проводится регулярно, систематически, где прививкой охвачен достаточно большой контингент детского населения.

В СССР иммунизация анатоксином получила широкое распространение уже с первых лет появления нового препарата. Многочисленные советские авторы отмечают резкое снижение заболеваемости и смертности от дифтерии по ряду городов. Большую работу по изучению эффективности противодифтерийных прививок провели Институт им. Мечникова в Москве и ВИЭМ. На последней конференции микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов сотрудник Института им. Мечникова д-р В. Л. Ольшевская, на основании большого личного опыта и литературных данных, подтвердила высокую эффективность прививок анатоксином. По мнению Ольшевской, «в ограниченных коллективах иммунизация, как правило, купирует эпидемию, предупреждает ее появление, при правильном полном и методическом проведении полностью ликвидирует заболеваемость, сводит ее к отдельным спорадическим случаям. Для полного оздоровления крупных городов необходима исчерпывающая иммунизация всех восприимчивых контингентов, причем не одномоментная, а планомерная методическая, настойчивая обработка всех вновь вливающихся восприимчивых детей».

В 1931 г. Международная конференция по противодифтерийной иммунизации, в состав которой входили крупнейшие авторитеты, пришла к следующему заключению: «Иммунизация против дифтерии вызывает значительное снижение заболеваемости и смертности среди вакцинированных. Снижение заболеваемости и смертности особенно значительно среди иммунизируемых в хороших условиях эффективной вакциной. Из всех доныне изученных антигенов **анатоксин оказался наиболее эффективной вакциной**».

Советские институты готовят анатоксин высокой антигенной ценности в достаточном количестве. Нигде, ни в одной стране, дети не окружены такими заботами и такой любовью, как в стране социализма. Подавляющее большинство детского населения в нашей

стране организовано с самого раннего возраста: школы, детские сады, ясли и другие детские учреждения позволяют проводить противодифтерийные прививки планомерно, методически, с охватом 100% детского населения. У нас имеются все предпосылки для полной ликвидации дифтерии. В стране счастливого детства не должно быть и не будет дифтерии.

Вскоре после открытия дифтерийного анатоксина были переведены в анатоксин многие другие токсины—столбнячный, дизентерийный, стафилококковый и другие. Одни из этих препаратов (столбнячный анатоксин) уже прочно вошли в арсенал профилактических средств, другие пока осваиваются.

По мере увеличения числа вакцин сложнее становится их практическое применение: для того, чтобы оградить организм от всех возможных инфекций приходится подвергать его большому числу ин'екций, что не всегда желательно, особенно в детской практике. Это неудобство выдвинуло замечательную идею об ассоциированных (комбинированных) прививках. Рамки статьи не позволяют подробно останавливаться на истории этой идеи *). Укажем лишь, что первый шаг в этом направлении был сделан уже в то время, когда для целей иммунизации стали одновременно применять эмульсии убитых микробных тел тифозной и паратифозной группы, так называемую ТАВ-вакцину (Видаль и Сикар, Кастеллани и др.).

Серьезным препятствием к развитию идеи об ассоциированных вакцинах служила распространенная в двадцатых годах концепция о «конкуренции антигенов», согласно которой отрицалась возможность одновременной выработки организмом различных антител. Однако, еще в 1925 г. Рамону и другим исследователям удалось экспериментально доказать всю несостоятельность этой концепции, а многолетняя практика применения ассоциированных вакцин выдвигает теорию обратного порядка о «синэргии антигенов»: при введении ассоциированной вакцины (столбнячный анатоксин + дифтерийный анатоксин + ТАВ-вакцина) нарастание антител против каждого отдельно взятого антигена не только не тормозится, но, наоборот, в ряде случаев стимулируется.

Таким образом, в результате экспериментальных работ, метод ассоциированной вакцины постепенно вошел в повседневную практику. Ассоциированная вакцинация разрешила сложнейшую проблему одновременной иммунизации организма от ряда инфекционных заболеваний. Упрощение механики иммунизации и увеличение эффективности приобретенного иммунитета открывает перед этим методом широкие горизонты. Можно не сомневаться в том, что в дальнейшем, по мере освоения и усовершенствования других препаратов (дизентерийный, гангренозный и другие анатоксины), ассоциированная вакцинация окажется могучим средством в борьбе с эпидемическими заболеваниями и травматозами.

---

*) Вопросу об ассоциированных вакцинах, о профилактическом значении ряда других анатоксинов, равно как и намечающейся перспективе применения анатоксинов, будет посвящена специальная статья.

ПРОБЛЕМА СНАБЖЕНИЯ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ВОЙНЫ*)

Военврач 2 ранга А. С. Георгиевский

Переливание крови является одним из тех лечебных методов, которые найдут самое широкое применение для оказания помощи пострадавшим в условиях военного времени. В ряде случаев переливание крови явится единственным средством для спасения раненого, погибающего на поле боя.

Основными показаниями для производства переливания крови в условиях боевой обстановки явятся: 1) острые кровопотери, как следствия ранений холодным или огнестрельным оружием, 2) наличие у пострадавшего шока или коллапса, 3) поражение боевыми отравляющими веществами общетоксического действия, 4) ожоги термические и химические.

Таким образом, показания для переливания крови в условиях боевой обстановки весьма обширны. Это несомненно вызовет необходимость применять переливание крови на войне в больших количественных масштабах, так как не единицы, а сотни и тысячи пострадавших будут нуждаться в применении этого вида оказания врачебной помощи.

Опыт войны в Испании показал, что в практике лечебной работы в испанской армии широко применялось переливание крови. Основным методом является переливание консервированной крови, прямое же переливание крови, непосредственно от донора к больному, применяется редко. Кровь, взятая от донора, консервируется и хранится в электрических холодильниках при температуре 2—4° С. Для доставки консервированной крови в полевые санитарные учреждения широко используются авторефрижераторы—грузовые автомобили, оборудованные необходимой аппаратурой для сохранения крови при низкой температуре.

Трудящиеся Испании с большим энтузиазмом предлагали свою кровь для спасения жизни раненых бойцов республиканской армии. На пункты учета доноров ежедневно приходило большое количество мужчин, женщин и даже детей, которые требовали, чтобы их зачислили в число доноров.

До последнего времени единой методики переливания крови в испанской армии не было, хотя, как указывалось выше, для переливания применялась почти исключительно консервированная кровь.

*) Печатается в порядке обсуждения.—Ред.

Из способов переливания консервированной крови большое распространение получил метод начальника Каталонского института переливания крови доктора Дюрана. Этот способ заключается в следующем: взятая от донора кровь консервируется и накачивается в стеклянную ампулу емкостью в 150—200 см³ под давлением в одну атмосферу. Ампула запаивается, и конец ее при помощи резиновой трубки соединяется с иглой. Для производства быстрой трансфузии в полевых условиях необходимо нагреть ампулу с кровью в горячей воде, отломать конец ампулы, ввести иглу в вену пострадавшего, и кровь, заключенная под повышенным давлением в ампуле, пойдет самотеком *).

Таким образом, опыт современных войн, в частности войны в Испании, с несомненностью подтверждает, что переливание крови в военно-полевой обстановке должно являться подлинно массовым методом лечебного вмешательства, широко применяемым на всех этапах санитарной эвакуации, в некоторых случаях начиная от полкового пункта медпомощи.

Возможность массового применения переливания крови на театре военных действий может быть осуществлена при наличии следущих условий:

1) Наличие простой, несложной методики и техники переливания крови, позволяющей приблизить этот вид помощи к полю боя. В настоящее время применение консервированной крови этот вопрос полностью разрешает.

2) Наличие портативной и несложной аппаратуры, позволяющей производить переливание крови в походно-боевой обстановке.

3) Овладение техникой переливания крови всеми врачами войсковых частей и военно-санитарных учреждений.

4) Наличие достаточного количества крови, как материала для трансфузии, и организация правильного и бесперебойного снабжения ею военно-санитарных учреждений и этапов эвакуации пострадавших.

В данной статье мы останавливаемся на вопросах организации заготовки и снабжения консервированной кровью во время войны. Массовый характер потерь в современных боях потребует заблаговременной заготовки консервированной крови в количествах, обеспечивающих потребность этапов санитарной - эвакуации, и четкой организации снабжения консервированной кровью войсковых санитарных учреждений на всем протяжении эвакуационного пути. Для того, чтобы иметь хотя бы ориентировочное представление о потребном во время войны количестве консервированной крови, приведем в качестве примера некоторые расчеты потребности в консервированной крови, основанные на санитарно-статистических данных и военно-историческом материале прошлых войн.

Согласно данным проф. В. А. Оппеля **) на 100 раненых нужно будет произвести от 15 до 26 операций. Из этого количества потребуется от 10 до 20 операций на верхних и нижних конечностях, в лучшем случае 1 операция по поводу огнестрельного перелома черепа, 1 операция по поводу ранений грудной клетки, 1—2 операции

---

*) Материал о применении переливания крови в испанской армии взят из брошюры „Война в Испании". Выпуск 6, санитарное обеспечение республиканской армии. Москва, 1937.

**) Проф. В. Оппель. „Очерки хирургии войны". Журнал „Военно-санитарнае дело" № 2, 1938.

по поводу ранений живота и, наконец, приблизительно 2 операции по поводу ранений таза, спины, позвоночника, шеи и лица. Учитывая то обстоятельство, что основная масса всех пострадавших, подлежащих операции, потребует дооперационного или послеоперационного переливания крови как средства борьбы с шоковым состоянием и кровопотерями, а также необходимость производства трансфузий пострадавшим, находящимся в шоковом состоянии, но не нуждающимся в оперативном вмешательстве, и пораженным БОВ,—нам кажется, что определение среднего количества пострадавших, нуждающихся в переливании крови, в 10—15% от общей цифры пораженных в бою не явится преувеличением.

Приняв цифру 10% пострадавших, нуждающихся в переливании крови, за основу для дальнейших расчетов, посмотрим, какое количество консервированной крови потребуется для оказания помощи пострадавшим в современном крупном сражении. Так, например, французская армия во втором Марнском сражении за 20 дней (с 15 июля по 15 августа 1918 г.) потеряла ранеными 84.500 человек *), т. е. в среднем 4—4½ тысячи раненых за один день боя. Приняв 10% пострадавших за норму нуждающихся в переливании крови, получаем: среднее количество трансфузий будет равно 400—450 случаям. Если считать, что в среднем для каждой трансфузии будет израсходовано 300 см³ консервированной крови, то средняя ежедневная потребность в консервированной крови в данном примере выразится цифрой 120 литров, а для обеспечения всей боевой операции до 2500 литров.

Согласно формуле Бенеша, принятой для расчета боевых потерь, дивизия за 2—3 дня боя теряет в среднем до 25% своего боевого состава, т. е., примерно, около одной тысячи человек за один день боя. Принимая ту же процентную норму нуждающихся в переливании крови и то же количество консервированной крови для одной трансфузии, что и в предыдущем примере, получаем, что в результате одного дня боя дивизия может иметь до 100 человек пострадавших, которым показано переливание крови на том или ином этапе эвакуации. Другими словами, для обеспечения пострадавших, нуждающихся в переливании крови, которые могут поступить только из одной дивизии, потребуется около 30 литров консервированной крови. Если принять для расчета цифру потерь в дивизии за один день боя даже в 500 человек, что является по опыту империалистической войны 1914—18 г. г. обычной средней нормой потерь дивизии, то и тогда для обеспечения потребности в производстве трансфузий пострадавшим одной только дивизии понадобится до 15 литров консервированной крови.

В изложенных выше примерах мы намеренно применили упрощенный метод расчета, взяв за норму одно стандартное переливание (300 см³ крови) на каждого пострадавшего, подлежащего трансфузии, и общий процент пострадавших, нуждающихся в переливании крови, за 10% без распределения проводимой работы по переливанию крови между различными этапами эвакуации. Приводя данные примеры, мы хотели показать ориентировочную потребность в консервированной крови, которая может возникнуть в результате боевых потерь различных войсковых соединений.

---

*) Французский генеральный штаб. Контр-наступление Антанты на Западном фронте в 1918 г. Гос. Воен. Изд-во, 1936 г., стр. 139.

Эти примеры позволяют на сегодняшний день сделать следующие выводы:

1. Современные боевые потери вызывают потребность в огромном количестве трансфузий, во много раз превышающем об'ем работы по переливанию крови, проводимой в условиях мирного времени. Так, например, если по данным Белорусского института переливания крови за период с 1932 по 1936 г. в Белоруссии было произведено 3098 переливаний крови *), то в условиях военного времени один день боя только одной стрелковой дивизии может вызвать необходимость в выполнении до 100 трансфузий.

2. Массовость переливания крови в период войны требует четкой организации снабжения различных этапов санитарной эвакуации материалом для производства трансфузий, будь то кровь, взятая непосредственно от доноров, или консервированная кровь; тем более, что количество пострадавших, а значит и потребность в материале для трансфузий, будет распределяться между различными войсковыми соединениями неравномерно.

По мнению автора, приготовление консервированной крови и снабжение ею военно-санитарных учреждений и этапов должны осуществляться централизованным порядком специальными военно-санитарными учреждениями фронтового или армейского масштаба, необходимость создания которых вызывается следующими соображениями:

1. В условиях маневренных действий приготовление на месте консервированной крови санитарными учреждениями войскового района полностью исключается, так как для этого полевые санитарные учреждения не располагают ни достаточным временем, ни соответствующими материальными возможностями.

2. Централизованное приготовление консервированной крови специализированными в этом направлении учреждениями имеет ряд преимуществ, а именно: а) возможность одновременного приготовления больших количеств консервированной крови; б) приготовление консервированной крови под руководством квалифицированных специалистов; в) постоянный лабораторный контроль над изготовлением крови и г) полная возможность создания необходимой обстановки для работы, что в условиях полевых санитарных учреждений невозможно.

3. Приготовление больших количеств консервированной крови в войсковом районе будет лимитироваться ограниченным количеством донорских кадров, так как использованию для этой цели личного состава войсковых частей будет в большинстве случаев препятствовать боевая обстановка на фронте; иметь же постоянные донорские кадры при санитарных учреждениях из числа лиц, не принадлежащих к составу частей, в условиях войскового района не представляется возможным.

В противоположность этому, условия внутреннего района страны или, по меньшей мере, армейского тыла позволяют создать достаточно многочисленные донорские кадры при рекомендуемых нами центрах переливания крови.

Опыт войны в Испании показал, что вербовка донорских кадров была развернута и хорошо поставлена не только в ряде крупных

---

*) Труды Белорусского института гематологии и переливания крови. Гос. из-во Белоруссии, 1937, стр. 8.

центров, но и широко развита по всей Испании, в результате чего количество доноров в республиканской Испании все время нарастало.

Если создание достаточного количества донорских кадров в непосредственной близости к фронту является трудно разрешимой задачей, то в условиях армейского и фронтового тыла эта задача вполне разрешима.

4. При развертывании центров переливания крови армейского и фронтового масштаба можно это развертывание производить на базе существующих в мирное время институтов переливания крови и их филиалов, используя их кадры и опыт работы.

5. Применение методов прямого переливания крови, а также использование трупной крови в условиях полевых санитарных учреждений, в особенности госпитальных, нами полностью не исключается. Однако, учитывая массовый характер трансфузий в военное время, эти способы могут иметь лишь вспомогательное значение.

Таким образом, мы считаем что основная преобладающая масса материала для производства трансфузий санитарными учреждениями войскового района—консервированная кровь—должна доставляться специализированными центрами переливания крови, являющимися учреждениями армейского и фронтового значения. Заготовленная ими консервированная кровь рассылается в дальнейшем лечебным учреждениям армейского и войскового района с использованием для этой цели авиации и специально оборудованных автомобилей-рефрижераторов.

Задачей центров переливания крови должно являться не только приготовление консервированной крови и снабжение ею всех звеньев санитарной службы, но также и руководство всеми вопросами, связанными с переливанием крови, как, например, консультация высококвалифицированных специалистов, научно-исследовательская работа, подготовка и обучение кадров и т. п. Развертывание подобного типа центров, как нами указывалось выше, должно производиться на базе существующих в мирное время институтов переливания крови и их филиалов.

Вопросы снабжения консервированной кровью санитарных учреждений армейского и войскового районов тесно связаны с проблемой донорства. Необходимы многочисленные донорские кадры, организованные вокруг центров переливания крови, так как в условиях военного времени использование для целей консервации утильной, плацентарной и трупной крови не может обеспечить достаточное количество исходного материала для приготовления консервированной крови.

Необходимо считать, что каждый центр переливания крови должен располагать количеством доноров, соответствующим среднемесячному количеству трансфузий, проводимых в лечебных учреждениях и этапах эвакуации, обеспечиваемого данным центром войскового соединения.

Для того, чтобы выявить примерное количество доноров для удовлетворения потребности в консервированной крови в частях, обеспечиваемых одним армейским центром переливания крови, мы приняли следующий грубый расчет—каждый донор в течение месяца может дать кровь только для одной трансфузии. Таким образом, примерное количество доноров в масштабе одной армии, исходя из этих расчетных данных, должно быть не менее 5—6 тысяч человек.

Бесспорно, что такие многочисленные донорские кадры должны создаваться заблаговременно, еще в период мирного времени с тем, чтобы к началу военных действий иметь уже в распоряжении центров переливания крови готовые кадры доноров.

До сих пор в деле комплектования донорских кадров сделано еще очень мало. На протяжении ряда лет широкая вербовка донорских кадров намеренно задерживалась врагами народа, окопавшимися в органах здравоохранения. Вербовка доноров предоставлялась самотеку. Даже институты переливания крови и их филиалы не стремились к организации массовой вербовки донорских кадров и заблаговременному их обследованию и изучению.

Мы считаем, что существующая система вербовки доноров должна быть в корне перестроена. Для этого, в первую очередь, нужно расширить узкий круг лечебных учреждений (главным образом, институты переливания крови и их филиалы), занимающихся комплектованием донорских кадров, и привлечь к этой работе общественные организации, ведущие оборонную работу (Красный Крест, Осоавиахим).

В нашей стране, где чувство заботы о людях, чувство глубокой любви к Красной Армии свойственно каждому трудящемуся, идея создания массовых донорских кадров должна найти самый живой отклик.

Выводы

1. Переливание крови во время войны явится одним из наиболее широко применяемых лечебных мероприятий. Основной метод трансфузии в условиях походно-боевой обстановки—переливание консервированной крови.

2. Массовый характер переливания крови на войне в масштабах, значительно превосходящих работу мирного времени, требует четкой организации заготовления необходимых количеств консервированной крови и снабжения ею всех звеньев санитарной службы войскового и армейского районов.

3. Наиболее целесообразной следует считать централизованную систему снабжения консервированной кровью, проводимую армейскими центрами переливания крови. Назначение этих центров, помимо заготовления консервированной крови и организации снабжения ею всех этапов санитарной эвакуации, заключается также в осуществлении руководства всеми вопросами, связанными с переливанием крови в масштабе данного армейского соединения.

4. Одним из основных условий, обеспечивающих бесперебойность снабжения консервированной кровью, является наличие многочисленного кадра доноров, организованных при центрах переливания крови. Вербовка и создание массовых донорских кадров должны производиться в мирное время при активном участии добровольных обществ оборонного значения и, в первую очередь, Красного Креста.

РОЛЬ ТРАВМЫ В ГЕНЕЗЕ РЯДА ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Проф. Д. А. Марков и Р. А. Вольфсон

Из клиники нервных болезней Белорусского мединститута
(директор—проф. Д. А. Марков)

По вопросу о роли травмы в генезе некоторых (не травматических) заболеваний нервной системы, как известно, существуют глубокие расхождения во взглядах (Бенеке, Остертаг, Раздольский, Бортник, Шенбауэр, Отторино Росси, Симонс, Верагут, Крузон, Элиасберг, Кушинг и др.).

С общей точки зрения Верагут различает ряд условных соотношений между травмой и различными заболеваниями нервной системы: 1) само нервное заболевание может способствовать возникновению травмы; 2) травма может совершенно не влиять на появление и развитие нервных заболеваний; 3) травма может создать предрасположение; 4) травма может выявить скрытое предрасположение; 5) травма может ускорить развитие заболевания и 6) травма может тормозить терапевтические возможности.

Основная литература, посвященная роли травмы в генезе различных заболеваний нервной системы (не собственно травматических), обычно, охватывает следующие группы: 1) абиотрофии; 2) группу заболеваний преимущественно сенильного периода (артериосклероз, гипертония, дрожательный паралич и т. д.); 3) неоплазмы; 4) группу токсически-инфекционных заболеваний (табес, прогрессивный паралич, рассеянный склероз, различные интоксикации и т. д.) и 5) группу заболеваний с неясной этиологией (эпилепсия, амиотрофический боковой склероз).

Крузон для определения значения травмы в происхождении нервного заболевания устанавливает несколько постулатов: а) необходимо, чтобы травма соответствовала локальному знаку в невропатологии; б) необходимо, чтобы она была достаточно интенсивной; в) необходимо, чтобы между травмой и проявлением заболевания был некоторый свободный промежуток—не слишком длинный и не слишком короткий (в зависимости от поражения) и г) необходимо, чтобы в этот промежуток можно было бы установить симптомы, непрерывно связывающие травму с данным заболеванием нервной системы. Когда эти условия отсутствуют, Крузон полагает, что очень трудно доказать травматический генез соответствующего заболева-

ния нервной системы и что здесь может иметь место простое совпадение во времени.

Под травмой в данной работе мы имеем в виду только механические факторы. Мы оставляем также целиком в стороне органические заболевания нервной системы собственно и ясно травматической этиологии, а также соответствующие неврозы и психоневрозы.

В целях определения соотношений между травмой и различными заболеваниями центральной нервной системы, мы проштудировали более 900 специально отобранных историй болезни (см. ниже) по материалам клиники нервных болезней Минского мединститута, причем руководствовались следующими исходными положениями:

а) как часто встречалась травма среди отобранных заболеваний и насколько она была интенсивной;

б) в какой мере травма соответствовала локализации;

в) когда появились первые симптомы заболевания после травмы и в какой связи с последней;

г) насколько можно было бы связать центр с периферией через травму.

Нас также специально интересовало состояние здоровья перед травмой по рубрикам: 1) практически здоров, 2) сосудистые заболевания—артериосклероз, гипертония и т. д., 3) инфекции—специально сифилис, табес и т. д., 4) подозрение на опухоль ц. н. с.

С указанных точек зрения мы проанализировали материал 120 случаев опухолей головного мозга и 65 случаев спинного мозга (включая 25 случаев ограниченного спинального арахноидита), 180 случаев рассеянного склероза, 181 случай энцефалита (паркинсонизм), 80 случаев табеса, 34 случая мезодермального люэса и р. р. а., 44 случая сирингомиэлии, несколько случаев типа гередо-дегенераций, 11 случаев амиотрофического бокового склероза и группу сосудистых заболеваний головного мозга в 186 случаев.

Травма была обнаружена всего в 68 случаях (6,8%). Их них 9 случаев пришлось на опухоли головногс мозга (7,5%), 6—на опухоли спинного мозга (9,4%), 9—на случаи паркинсонизма (4,9%), 19—на рассеянный склероз (10,5%), 1—на псевдосклероз, 3—на табес (3,7%), 7—на сирингомиэлию (15,8%), 1—на амиотрофический боковой склероз (0,9%) и 7 на сосудистые заболевания головного мозга (3,7%).

Однако, с точки зрения основных постулатов Крузона о явной связи *) с травмой, у нас можно было бы говорить лишь в трех случаях опухолей головного мозга (2,5%), в одном—опухоли спинного мозга (1,5%), в пяти—ограниченного спинального кистозного арахноидита (из 25 случаев—20%), в одном—рассеянного склероза (0, 5%), в двух—паркинсонизма (1,1%), в одном—псевдосклероза, в пяти—спинального глиоза (11,3%), в трех—табеса (3,7%) и в одном случае—амиотрофического бокового склероза (0,9%), т. е. всего в 22 случаях (2,4%).

Мы позволим себе здесь остановиться только избирательно на некоторых литературных данных по затронутому вопросу. Как известно, значение травмы в этиологии опухолей головного мозга трактуется в литературе очень различно. Так, Бенеке утверждает, что

*) Даже первоначальный диагноз здесь нередко ставился, исходя из травматической этиологии.

в основе почти всех опухолей головного мозга лежит травма. Само понятие травмы трактуется им чрезвычайно широко. К Бенеке примыкают Рейнгардт и друг. На возможность развития опухолей головного мозга после травмы указывает целый ряд авторов: Вирхов, Говерс, Айхгорст, Оппенгейм, Пуссеп, Монаков, Шустер, Нонне, Штрюмпель, В. Я. Рабинович и др.

В противоположность этим авторам, другие либо занимают в этом вопросе отрицательную позицию, либо придают травме весьма ограниченное значение (Остертаг, Шенбауэр, Пегораро, Шпикенбаум, Верзилов, Вильсон, Бейли, Ганземанн, Бикман, Эккель). Того же мнения придерживаются Кезе и Саро. Последний отмечает чрезвычайную осторожность положительных высказываний в литературе. Многие авторы (Редлих, Крузон, Корниль, Брунс и другие) в затронутом вопросе занимают не совсем ясную позицию.

Процент травм в этиологии опухолей головного мозга по ряду статистик колеблется от 0 до 70 (Э. Мюллер, Брунс, Вальтер). Заслуживает внимания попытка изучить значение травмы в патогенезе опухолей в зависимости от их морфологической структуры. Раздольский допускает, что в этиологии некоторой части менингиом, равно и гумм, травма черепа может играть положительную роль. Значение травмы в этиологии глиом мозга этим автором категорически отрицается. Раздольский допускает вероятность провоцирующего момента травмы, равно как и влияние последней на кровоизлияние в глиому.

Вопрос о причинной связи между паркинсоновским синдромом и травмой черепа и периферической довольно подробно разработан в старой и более новой литературе (Шарко, Крафт—Эбинг, Шефер, Клиппель, Мендель, Гольдштейн, Фор-Болье и Дебюкуа, Лотмар, М. Круге, Полиан и Крузон, Бинг, Штрюмпелль, Штутц, Безансон, Кульков и др.). При этом некоторые авторы—Клюге, отчасти Меллини, Гайде—категорически высказываются против этой взаимосвязи. Последним опубликовано 28 случаев paralysis agitans (типичных и атипичных), причем связь между травмой и заболеванием установлена не была. Мелингофф также критически рассматривает вопрос о посттравматическом паркинсонизме. Против причинной связи травмы с паркинсонизмом, по мнению Мелингоффа, говорит редко наблюдавшийся паркинсонизм во время войны при ранениях черепа. Очевидно, при этом имеют значение особенности сосудистого снабжения стриарной системы, а также глубинное анатомическое расположение подкорковых ганглий.

Возможно также, что, соответственно учению Риккера, к травме присоединяются здесь дисфункция иннервации сосудов, особенно при наличии некоторого предрасположения (Бинг, Мелингофф). Бинг ставит вопрос о возможности посттравматического паркинсонизма, особенно травматического кровоизлияния в область pallidum. Подобно Мелингоффу, Бинг также считает необходимым наличие связи травмы с commotio cerebri в клинической картине, отсутствие церебральных расстройств перед травмой, а также продромальных после травмы явлений, постепенно переходящих в паркинсонизм.

Для признания паркинсонизма, как следствия травмы, необходимо, чтобы между травмой и последним был определенный интервал, не слишком длинный и не слишком короткий (Крузон, Элиасберг). Безансон и Крузон считают явления посттравматического паркинсо-

низма бесспорными, хотя и редкими. Время между травмой и образованием синдрома колеблется от недель до месяцев.

Английские авторы (Брутш, Вальтер и Мурроу-де Арман) также пытаются установить причинную связь между травмой черепа и паркинсоновским синдромом. Румынские и французские авторы (Минониско, Полиан и Сташеско) заостряют внимание (2 случая) на роли периферического ранения, как своего рода «реперкуссии» для мозга. Гроссони приписывает периферическому ранению «соопричинную роль» (3 травматических случая из 122).

Некоторые авторы только в последнее время пришли к признанию посттравматического паркинсонизма. Так, Верагут до недавнего времени отрицательно относился к нему, считая, что травма могла быть в анамнезе паркинсоника. В его случаях (3) имел место синдром базальных ганглий с возможным кровотечением в область красного ядра в одном из них.

Вместе с тем, целый ряд авторов на основании описанных ими случаев не сомневается в травме, как основной причине паркинсоновского синдрома. К ним относятся Антон (1 случай), Бауман (1 случай) и другие. Последний, основываясь также на исследовании Гайде, допускает, что тяжелая травма при некотором предрасположении стриарной системы может вызвать паркинсонизм. Значение предрасположения в этиологии травматического паркинсонизма отмечается многими авторами, в том числе Грюнбаумом, Мелингоффом, и другими.

В наших случаях с опухолями головного мозга травма скорее играла роль провоцирующего момента, ускорявшего клиническое выявление опухоли у как будто бы здоровых лиц. В двух случаях оказалось кровоизлияние в латентно протекавшую опухоль, хотя в литературе имеются указания на внутреннюю и более интимную связь с менингиомами и некоторыми формами глиом (у нас мультиформная спонгиобластома и круглоклеточная саркома).

Наблюдение 1. Больной Н., 24 лет, колхозник. Со стороны наследственности данных не имеется. Поступил в клинику 26/XI-1935 с жалобами на головную боль, рвоту, слабость в правой ноге и руке.

28/X при упражнениях на турнике он упал и ударился головой о корень дерева, потеряв сознание на протяжение суток. Была рвота. Не мог двигать правыми конечностями. После трех дней пребывания в Полоцкой больнице выписался с головными болями. Рвоты прекратились. Больной мог ходить. Дома больной лечился амбулаторно до 26. XI; головные боли не прекращались, рвоты возобновились.

Status praesens. Внутренние органы без особых уклонений. Кровяное давление 125/60 R R . В неврологическом статусе: на глазном дне латеральные половины сосков несколько бледны, анизокория: OS>OD; реакция на свет—норма. Кохлеарный аппарат: поражение звуковоспринимающего аппарата, более резко выраженное справа. Вестибулярный аппарат: нистагм спонтанный, горизонтальный среднеразмашистый, вправо; при пальцево-носовой пробе—промахивание справа.

Со стороны моторики: неловкость и запоздалость движений вообще, а также ослабление силы в правой руке. Тонус—без грубых изменений. При стоянии с открытыми и закрытыми глазами шатает вправо. Понижение болевой чувствительности по гемитипу справа; некоторое понижение вибрационной чувствительности справа. Рефлексы: коленные повышены, Ахиллов слева живее, чем справа, брюшные быстро истощаются. Патологических нет.

Лабораторные данные. Кровь: Нв—78%, эр.—4620.000, л.—5560, с.—57%, л.—35%, э.—3%, м.—5%. РОЭ—11 мм в час. РВ отрицательна. В моче небольшое количество лейкоцитов—$\frac{\text{Л. 5—6}}{\text{[illegible] 1}}$. Спинно-мозговая жидкость: глобулиновые реакции положительные, цитоз 2/3, белка 0,7‰.

В клинике болезнь явно прогрессировала. Не прекращались сильные голов-

ные боли и рвота. При вторичной офтальмоскопии (через 15 дней) на глазном дне—неврит зрительных нервов; в левом глазу мелкие кровоизлияния в сетчатку Появилась брадикардия (пульс 50 в одну минуту) и клонус стопы слева. Несколько позднее у больного появилась небольшая ригидность затылка. Температура все время—нормальная.

Состояние больного все ухудшалось и через 20 дней после поступления в клинику он умер, при явлениях быстро наступившего паралича дыхания и сердечной слабости.

На аутопсии: опухоль правой гемисферы мозжечка характера круглоклеточной саркомы с явлениями старого кровоизлияния.

Наблюдение 2. Больной Федя Б., 12 лет, сын колхозника, был привезен в клинику 29/I-1936 в бессознательном состоянии, с непрерывными рвотами, задержкой мочи и стула. В раннем детстве каких-либо заболеваний не отмечено.

Анамнез. За месяц до болезни мальчик катался на коньках, упал и ушиб затылок; причем при падении сознания не потерял. После этого несколько дней он ходил в школу, потом стал жаловаться на головную боль. Через две недели после падения появились рвоты 1—2 раза в день, а также слабость в правых конечностях; ребенок стал жаловаться на ухудшение зрения. Одновременно с этим появились запоры и задержка мочи.

На амбулаторном приеме 27/I у больного было отмечено: анизокория (OD>OS) реакция на свет и аккомодацию сохранена; конвергенция нарушена; небольшой парез отводящих нервов с обеих сторон; парез лицевого и под'язычного нервов справа. Нистагм. Симптом Ромберга резко выражен. Явления правостороннего гемипареза с повышением мышечного тонуса, анизорефлексией (D>S), отсутствие брюшных рефлексов справа; симптом Бабинского с двух сторон, однако больше выражен справа. Имелось снижение тактильной, температурной и болевой чувствительности справа.

Через два дня в клинике у ребенка наблюдались: полная адинамия, гиперемия лица, поверхностное, временами Чейн-Стоковское дыхание. Со стороны сердца: глухие тоны, пульс 98 в одну минуту, ритмичный, слабого наполнения. Анизорефлексия без перемен (повышение сухожильных рефлексов справа); почти полное угасание брюшных рефлексов; симптом Бабинского больше выражен справа.

В крови: л.—6420, с.—50%, л.—12%, м.—2%. РОЭ—10 мм в час. Люмбальная пункция: плеоцитоз 11/3, глобулиновые реакции—опалесц., белок—0,33‰ гольдзоль—23332 1 1 1 1 1 1 1. Рентгенограмма костей черепа и турецкого седла не дала отклонений от нормы.

В течение двухдневного пребывания в клинике ребенок не приходил в сознание. Отмечалась беспрерывная рвота желчью, задержка мочи и стула. 1/II ребенок умер при явлениях отека легких.

На аутопсии: мультиформная спонгиобластома в области варолиевого моста со следами старого кровоизлияния.

Наблюдение 3. Больной Б., 48 лет, был привезен в клинику 9/V-1926 в тяжелом состоянии.

Анамнез: За 8 месяцев до поступления в клинику была травма головы. С тех пор больной жаловался на боль в затылке, но продолжал все время работать. Приблизительно за месяц—полтора до заболевания прошел 3 километра, неся большую тяжесть. За неделю до поступления в клинику он слег в постель.

Status praesens. Больной выше среднего роста, выглядит старше своих лет. Крайнее истощение. Акроцианоз конечностей. Плоскостопие. Пульс 72 в одну минуту слабого наполнения. Больной мог поворачиваться в постели, но при попытке встать падал, не отвечал на вопросы. По приказу мог открыть рот, показать язык, закрыть глаза, поднять ноги. Подражательные движения больным не выполнялись; самостоятельно не садился; нечистоплотен.

В неврологическом статусе: анизокория OD > OS; реакция на свет очень вялая. Движения глазных яблок—норма. Небольшая слабость в нижней ветви правого лицевого нерва. Глотание не нарушено; язык немного отклоняется вправо. Явления правостороннего гемипареза с почти отсутствующими брюшными рефлексами справа. Патологические отсутствуют. Чувствительность исследованию не поддается. Пролежень в области большого вертела справа.

Лабораторные данные: кровь: Нв—100%, эр.—4.820.000, л.—7080, с.—61%, л—27%, м.—2%. Моча—норма. Спинно-мозговая жидкость: давление повышено, цитоз 4/3, Панди—положительн.

В клинике на протяжении 5 дней наступило резкое ухудшение. Больной перестал говорить, исполнять действия по приказу. Появились: тахикардия (пульс

110 в одну минуту), симптом Бабинского справа, потом и слева. Наступила аритмия, тахикардия нарастала (пульс до 186 в одну минуту). Больной умер через 5 дней после поступления в клинику при явлениях паралича дыхания и сердечной деятельности.

На аутопсии: опухоль в левой лобной доле характера круглоклеточной саркомы.

Более убедительной на нашем материале была связь травмы со спинальным кистозным арахноидитом. В одном случае спинальной опухоли (веретенообразно-клеточная саркома), несмотря на некоторые рентгенографические данные со стороны позвоночника, явное участие мягкой мозговой оболочки и полное совпадение во времени,—интимную связь травмы с опухолью доказать не удалось. Также трудно было установить «внутреннюю» связь травмы с одним очень демонстративным случаем рассеянного склероза, развившемся у «здоровой» школьницы непосредственно после травмы. Поскольку здесь точно не было известно преморбидное состояние, не исключена возможность «способствующей» роли травмы и в данном случае. Это же толкование относится к случаям семейного псевдосклероза и амиотрофического бокового склероза.

Наблюдение 4. Больной Ш., 30 лет, служащий. Поступил в клинику нервных болезней 9/V-1936 с жалобами на боль в области поясницы и резкую слабость в ногах, особенно в правой. Считает себя больным с 10/X-1935, когда он упал с лестницы (высота полтора метра). Сначала появились боли в области крестца и пояснице, потом постепенно стали слабеть ноги. Больной также указывает на простудный момент, который совпал с началом заболевания.

При об'ективном исследовании особых уклонений со стороны внутренних органов не отмечено. При поколачивании позвоночника—болезненность в области D_0-D_{12}, L_1-L_3. Рентгенографически—межпозвоночные пространства значительно сужены.

Неврологическое исследование: анизокория (OS > OD) с удовлетворительной реакцией на свет. Резкий парез нижних конечностей, особенно правой. Тонус мышц заметно не изменен. Поверхностные виды чувствительности расстроены по спинальному типу до $Д_{10}$. Мышечно-суставное чувство слегка нарушено в пальцах правой ноги. Сухожильно-надкостничные рефлексы на нижних конечностях резко повышены. Клонус стоп и надколенных чашек— с обеих сторон. Из патологических: Бабинский, Оппенгейм справа. Россолимо двусторонний. Проба на рефлекторный дермографизм с перерывом, начиная с $Д_{10}$.

Спинно-мозговая жидкость. 1-е исследование: ксантохромия, плеоцитоз 108/3, белку 6,6‰; 2-е исследование—ксантохромия, плеоцитоз 70/3, белку 3,3‰. RW отрицательная в крови и ликворе. Общий анализ крови и мочи—норма. Гольдзоль 112111111111.

В дальнейшем явления спастического парапареза нижних конечностей заметно нарастали. Стало отмечаться двустороннее нарушение глубокой чувствительности. Люмбальная пункция (повторное поступление) от 5/V-1936: резкая ксантохромия, плеоцитоз 16/3, белку 10‰.

Диагноз колебался между экстрамедуллярной опухолью и кистозным арахноидитом. При операции 2/VII обнаружена опухоль, прорастающая спинной мозг, характера (гистологически) веретенообразно-клеточной саркомы.

Наблюдение 5. Больной К. Л., 31 года, служащий, болен два года. Жалуется на своеобразное чувство опоясывания в нижнегрудной области, парэстезии в нижних конечностях и значительную слабость в них. Временами имеется небольшая задержка мочи. Заболевание развивалось постепенно. Начало его больной связывает с падением с лошади во время верховой езды. После травмы лежал несколько дней с сильными болями в пояснично-крестцовой части позвоночника. Температура была все время нормальной. Через 10 дней после травмы больной начал самостоятельно передвигаться и к концу третьей недели стал отмечать парэстезии в ногах, особенно в пальцах правой ноги (онемение) и чувство опоясывания. Потом очень медленно стала нарастать слабость в нижних конечностях. До поступления в клинику отмечались неоднократные ремиссии.

Об'ективное состояние. Внутренние органы—норма. Моча, кровь, кровяное

давление—норма. РОЭ—10 мм в час, 15 мм в 2 часа. Рентгенограмма позвоночника—без особых уклонений.

Со стороны нервной системы: Умеренный спастический парапарез нижних конечностей с патологическими рефлексами (двусторонний Россолимо и Бабинский). Глубокая чувствительность слегка нарушена в пальцах правой ноги. Поверхностные виды чувствительности несколько нарушены до $Д_{10}$ справа и $Д_{12}$ слева—с очень неясной верхней границей. Люмбальная пункция: плеоцитоз 80/3, белку 0,9°/₀₀, RW—отрицательная в крови и спинно-мозговой жидкости.

Диагноз: спинальный (кистозный?) арахноидит.

Другой почти аналогичный случай был подтвержден при оперативном вмешательстве.

Наблюдение 6. Больная С., 18 лет, учащаяся, поступила в клинику 3/IV-1936 с жалобами на невозможность ходить, головную боль и ослабление зрения в левом глазу (видит как бы сквозь туман).

Анамнез. 8/II она упала, с'ехавши с горки на санях, и ударилась затылком о замерзший снег. Около 5 минут лежала в снегу, не будучи в состоянии подняться, сознания не потеряла. Больную привели в школу, где она пробыла до конца занятий. В течение трех дней больная посещала школу, несмотря на головные боли, которые усиливались. 11/II больная была вынуждена лечь в кровать, так как при попытке ходить ее шатало во все стороны. Постепенно походка все ухудшалась, больная без поддержки стала падать. 7/III была отправлена в железнодорожную больницу, где пролежала до 3/IV без улучшения состояния.

В соматическом статусе больной отклонений от нормы не отмечалось, кроме некоторой гипотонии. (90/70 RR). Глазное дно: ОД—латеральная часть соска слегка сероватого цвета: OS—сосок мутный; нижняя наружная граница слегка затушевана, вены слегка выражены. Цветоощущение на обоих глазах на зеленый цвет потеряно; OS — потеря цветоощущения также и на красный цвет. Анизокория: OS>ОД. Реакция на свет почти отсутствует; реакция на аккомодацию и конвергенцию сохранена. 5-я пара—нарушение болевой чувствительности слева. 7-я пара—несколько сглажена носогубная складка слева и как будто бы сужена левая глазная щель.

Некоторое ослабление силы в левой руке. Имеется легкое понижение тонуса во всех конечностях. Сильное шатание при ходьбе, симптом Ромберга положительный. Рефлексы коленные живые, брюшные вялые. Симптом Оппенгейма и симптом Бабинского с двух сторон. Чувствительность—без изменений. Речь протяжная и медленная.

Лабораторные данные. Кровь: Нв 70%, эр.—4.160.000, л.—6480, с.—52%, л.—38%, п.—1%, э.—1%, м—8%. РОЭ—31 мм в час. В моче следы белка, единичные эритроциты. В спинно-мозговой жидкости—глобулиновые реакции резко положительные, цитоз 18/3, белку 1,3°/₀₀, реакция с коллоидным золотом—446655321111. Через 10 дней при вторичной пункции цитоз 11/3, белку 0,8°/₀₀.

27/IV больная выписалась при явлениях менее выраженного шатания при ходьбе и стоянии. Рефлексы брюшные и патологические—без изменений. Самочувствие больной значительно улучшилось.

Диагноз: рассеянный склероз.

Наблюдение 7. Больной К. 42 лет, рабочий. Жалобы на слабость в дистальных отрезках обеих кистей. Больным себя считает около полутора лет. Начало заболевания связывает с падением в погреб. После травмы (около двух недель) чувствовал слабость и боли в правой руке. Потом наступило как будто улучшение, но уже через месяца два стала отмечаться неловкость при движениях пальцев обеих рук. Постепенно стала заметной и атрофия в межкостных промежутках и в мышцах плечевого пояса.

Об'ективно: миокардиопатия. Кровяное давление 140/90 RR. Моча, кровь—норма.

Нервная система: ограничение об'ема и силы главным образом в дистальных отрезках конечностей. Выраженная атрофия межкостных мышц обеих кистей и мякотного возвышения больших пальцев, местами с качественным изменением электровозбудимости. Заметная атрофия в мышцах плечевого пояса с фибриллярными подергиваниями. Резкое ослабление бицепс и трицепс-рефлексов справа и усиление нижнерадиального рефлекса справа. Слева резкая сухожильно-надкостничная гиперрефлексия. Резкое оживление нижнечелюстного и коленных рефлексов. Имеется намек на симптомы Бабинского справа. Спинно-мозговая жидкость без особых изменений.

Диагноз: амиотрофический боковой склероз.

Роль травмы при явных или скрытых, ранних и поздних люэтических заболеваниях нервной системы, по нашим данным, нужно признать только осложняющей, хотя нам и известен редкий случай, повидимому, травматического псевдотабеса, описанный из клиники нервных болезней Б. М. И. д-ром С. М. Афонским.

Наблюдение 8. Больной Ф., 43 лет, инвалид 2-й группы (быв. служащий), находится под наблюдением Минского психоневрологического диспансера с 16/IX-1933. Основные жалобы больного на боли в пояснице, недержание мочи и стула.

Диагноз: tabes dorsalis.

Бездетен; у жены ни одной беременности. В 1915 г.—ulcus durum; проделал 6 курсов специфического лечения (Bijochinol.) В 1935 г. лечился в Пятигорске серными ваннами.

15/XI-1934 упал с трамвая и попал под машину. Пролежал полтора месяца в хирургической клинике. После падения была задержка мочи, которая через некоторое время сменилась недержанием. Одновременно с этим появилось недержание стула. Через некоторый промежуток времени появились боли в пояснице, а также по задней поверхности ног (с 1935 г.)

Status praesens. Сердце—в границах. Расширение вен на правом бедре и голени. На рентгенограмме позвоночника 13/IV-1936—старый перелом L_1, Spina bifida S_2. Анизокория. Реакция на свет отсутствует, на конвергенцию еле намечается. Моторика—норма. Симптом Ромберга отрицательный. Рефлексы—коленные вызываются, Ахиллов справа отсутствует, слева—норма.

Гипэстезия от $Д_{12}$ книзу. Р. В. в крови отрицательная (после специфического лечения). Моча—щелочная; удельный вес 1014; белку—0,39°/₀₀; эр. $\frac{5-7}{1}$, все поле зрения покрыто лейкоцитами.

Суб'ективно больной не чувствует улучшения после специфического лечения.

Более интимная связь в наших случаях напрашивалась по отношению к двум случаям послетравматического паркинсонизма и к пяти случаям спинального глиоза. В двух случаях спинального глиоза с периферической травмой мы допускаем возможность реперкуссивных влияний с периферии на ц. н. с.

Наблюдение 9. Больной Д., 27 лет, чернорабочий. Последние 7 лет работал горняком в Донбассе; теперь—инвалид. О наследственности данных не имеется. Родители больного умерли в старости. Из перенесенных болезней отмечает корь в возрасте 5 лет.

Больной поступил в клинику нервных болезней 28/VI-1933 с жалобами на плохое глотание, затруднение при разжевывании твердой пищи и расстройство речи, а также периодические головные боли. До 1929 г. был здоров, работал в шахте Донбасса. В том же году, во время обвала шахты, больного засыпало: он был найден на третий день в бессознательном состоянии, отправлен в больницу и только через 6—7 дней пришел в сознание. Речь больного в то время была незначительно расстроена, также были небольшие расстройства глотания и жевания. После этого состояние больного на протяжении 4 лет все ухудшалось, особенно речь и глотание.

Status praesens. Со стороны телосложения и упитанности отклонений не замечается. На голове много рубцов, не спаянных с надкостницей. Внутренние органы—норма. Сердце—глухие тона; кровяное давление 120/75; пульс 55 в одну минуту.

В неврологическом статусе: 22. II. 1935 г.: анизокория (OS>OD); реакция зрачков на свет вялая. Птоз слева (?) Амимия; парез нижней ветви левого лицевого нерва. Речь монотонная, неясная. Затруднения при глотании. Мягкое нёбо при фонации малоподвижно; подвижность правой половины гортани ограничена. Глоточный рефлекс отсутствует; сухожильные и периостальные рефлексы живые; патологических—нет; брюшные—норма.

Общая скованность, равномерная гипертония—паркинсонизм; мелкий тремор пальцев рук. Чувствительность—без изменений. Со стороны вегетативной нервной системы—усиленная саливация.

В течение двухмесячного пребывания в клинике изменений в состоянии больного не наблюдалось.

Лабораторные данные. Кровь: Нв. 72%, л.—6780, эр—4850000, с.—63%, л.—27%, п.—3%, э.—4%, м.—3%. Моча в норме. Спинно-мозговая жидкость прозрачная; глобулиновые реакции—слабо положительные; цитоз—11/3, белку 1 : 20; PQ—3,3 (бромный метод).

Диагноз: послетравматический паркинсонизм.

Наблюдение 10. Больной К. 21 года. Данные о семье больного: отец умер 45 лет от холеры, мать 60 лет от порока сердца. Братья и сестры здоровы. В детстве больной перенес корь, воспаление легких, «испанку». Употребление алкоголя отрицает.

Поступил в клинику 28/IV-1932 с жалобами на общую скованность, головную боль, сильное дрожание рук и более слабое дрожание ног, а также повышенное слюнотечение. До 1929 г. был совершенно здоров. Больной связывает свое заболевание с контузией, которую он получил в 1929 г. около города Никольска—Уссурийска. Во время контузии была потеря сознания, которая длилась около 12 часов. После этого началось дрожание конечностей и повышенное слюнотечение. Больной был отправлен в военный госпиталь, где пролежал около года. Постепенно развивалась тугоподвижность и общая скованность. Двоения в глазах не было.

Со стороны соматического состояния больного—никаких отклонений. Кровяное давление—120/70.

В неврологическом статусе: движения глазных яблок сохранены; вялая конвергенция, при сохранении реакции на свет. Маскообразность лица. Сальность кожи лица.

Об'ем движений в норме; общее понижение силы в руках и ногах. При ходьбе не размахивает руками. Паркинсонизм. Дрожание рук и ног; тремор век и языка.

Рефлексы сухожильные и периостальные—норма, коленные и Ахилловы—живые, патологических нет. Чувствительность—норма.

Лабораторные данные. Кровь: Нв 65%, эр.—5330000, л.—7640, с.—65%, л.—25%, п.—3%, э.—3%, м.—4%. В моче слабые следы белка, Л $\frac{3-5}{1}$; Эр. $\frac{3-4}{1}$

Спинно-мозговая жидкость. Глобулиновые реакции отрицательные, цитоз 5/3, белку 1: 5.

Диагноз: послетравматический паркинсонизм.

Наблюдение 11. Больной Л., 36 лет. Жалобы на слабость в правой руке и чувство жжения в области правого плеча. Боли около двух лет. До этого времени считал себя совершенно здоровым. Много занимался физкультурой.

Заболел при следующих обстоятельствах. Однажды, при попытке выпрыгнуть из трамвая, упал и ударился спиной о мостовую. Сам подняться не мог. С посторонней помощью был доставлен домой. Сознание не терял. Непосредственно после падения отметил слабость в правой руке и парэстезии. Через две недели все эти явления выравнялись. Через два месяца был отмечен безболезненный ожог в области правого плеча. Постепенно стали нарастать слабость в правой руке и парэстезии.

Об'ективно: Горнер справа. Диффузная слабость в мышцах правой руки, особенно в области плечевого пояса. Резкое выстояние правой лопатки. Резкая атрофия дельтовидной и лопаточной мышц справа. В дельтовидной мышце справа можно найти участки с резким количественным понижением электровозбудимости, почти при равенстве полюсов. Справа трицепс рефлекс и нижнерадиальный почти не вызываются. Слева—норма. Отмечается ясная диссоциация поверхностных видов чувствительности ($C_5 - D_6$) с обеих сторон.

В данном случае не исключена возможность, что гематомиэлия дала толчек к дальнейшему развитию спинального глиоза.

Мы хотели бы здесь еще раз подчеркнуть, что по статистике травматический момент (Марков, Горелик, Лившиц, Вестфаль, Зимерлинг, Оппенгейм и др.) встречается довольно часто среди условий, определяющих клиническое начало спинального глиоза.

Из литературы известно также мнение, что при соответствующем предрасположении—травма конечности, панариции, флегмоны и т. д., при посредстве восходящего неврита, могут оказать воздействие

на спинной мозг и вызвать там глиоз (Гиллен, Курт-Лежонн) или перевести процесс из латентного состояния в явное (Сикар). Маркелов полагает, что в связи с хронической ирритацией на периферии может возникнуть реактивный вегетативный синдром со вторичными изменениями в спинном мозгу характера диффузного глиоза.

С последних позиций представляет интерес следующий наш случай.

Наблюдение 12. Больной И., 29 лет, колхозник. В 19 лет—флегмона в области правого плеча. После хирургического вмешательства остались два глубоких рубца. В 22 года случайный и длительно не заживавший ожог в области правого предплечья и кисти, с последующими обширными рубцами. В 23 года—перелом правого плеча. До 25 лет считал себя здоровым, хотя нередка отмечалось «одеревенение» в пальцах правой кисти. При об'ективном исследовании в этот период каких-либо расстройств чувствительности обнаружено не было. Около четырех лет назад постепенно стали развиваться слабость в правой руке и боли ноющего характера с локализацией, главным образом, в области правой лопатки.

Об'ективно: умеренный кифосколиоз в верхнем грудном отделе. Значительная атрофия мышц правой кисти и области правого плечевого пояса. Атрофия местами дегенеративного характера. Сухожильно-надкостничные рефлексы на верхних конечностях несколько ослаблены справа. Мышечно-суставное чувство без особых отклонений. Диссоциация чувствительности в виде полукуртки справа ($C_4 - D_6$). Коленные рефлексы значительно оживлены, особенно справа. Справа имеется намек на симптом Бабинского. Справа—легкий Горнер.

Спинно-мозговая жидкость, моча, гемограмма—норма. РВ—отрицательная в крови и ликворе.

Особенно эффективно может проявиться роль даже незначительной травмы при известном предрасположении со стороны сосудов или соответствующего вегетативного аппарата (артериосклероз, гипертония, резкие функциональные нарушения вазомоторной иннервации—Риккеровские механизмы и т. д., повторные травмы). Однако, здесь даже по отношению к случаям с поздней травматической апоплексией приходится говорить о травме только в качестве провоцирующего момента. Насколько здесь может быть иногда сложной клиническая ситуация, мы позволим себе проиллюстрировать следующим клиническим случаем.

Наблюдение 13. Больной П. 46 лет, конюх совхоза. Поступил в нервную клинику 31/III-1936 в состоянии оглушения, с головными болями, рвотами, головокружениями и явлениями левостороннего гемипареза. Это состояние было вызвано травмой—ударом бревна в нижнюю челюсть,—полученной больным за 28 дней до поступления в клинику. После удара—потеря сознания, рвота; через два дня попытки работать на протяжении 6 дней, затем новая потеря сознания и состояние оглушения.

У больного в статусе глухие тоны сердца, кровяное давление 140/85; пульс 96 в одну минуту, запоры; расстройство сфинкторов. Рентгенограмма черепа—норма.

Неврологически: зрение 0,15 бинокулярно; на глазном дне—кровоизлияния. Отек сосков зрительных нервов, больше выраженный в правом глазу и паралич взора кверху; анизокория (OD > OS). Справа повышенная возбудимость вестибулярного аппарата с вегетативными явлениями; асимметрия лица—сглаженность левой носогубной складки; левосторонний гемипарез с понижением болевой чувствительности по гемитипу слева. Справа Бабинский. Хватательный рефлекс слева.

В крови: Нв 75%, эр.—4400000, л.—8440, э.—4%. п.—3%, с.—66%, л.—22%, м—5%, РОЭ 10 мм в час. В моче—следы белка. Спинно-мозговая жидкость—без изменений. Реакция Вассермана—отрицательная в крови и спинно-мозговой жидкости.

Первое время пребывания в клинике явления застоя на глазном дне прогрессируют; через месяц они идут на убыль. Постепенно уменьшается выстоя-

ние и отек сосков зрительных нервов, кровоизлияние на дне глаза еще держится.

Тяжелое состояние загруженности и дезориентированности продолжается около месяца. Лишь постепенно больной становится более контактным, интересуется окружающей обстановкой, все больше и больше ориентируется в ней. Явления левостороннего гемипареза также идут на убыль. Дальнейшее течение болезни отмечается благополучным характером. Явления на глазном дне доходят до нормы, левосторонний гемипарез восстанавливается.

Больной выписался спустя 5 недель в хорошем состоянии, с живой адекватной мимикой, с восстановленной психикой. Небольшие остаточные явления заключались в следующем: гипэстезия ульнарного типа в левой руке, живой хватательный рефлекс слева, брюшные несколько угнетены. Суб'ективно—жалобы на небольшие головокружения.

Клинически случай трактовался как церебральная контузия с кровоизлияниями, транзиторной реактивной гидроцефалией (псевдотумор) и явлениями вторичной поздней травматической апоплексии.

Первоначально здесь было трудно исключить возможность туморозного процесса с локализацией в правой лобной доле.

Таким образом, на нашем материале ясных доказательств в пользу этиологической роли травмы по отношению к большинству заболеваний нервной системы (так называемые нетравматические неврологические синдромы)—мы не имеем. В очень редких случаях опухолей Ц. Н. С. и абиотрофий травма повидимому играет, главным образом, способствующую роль через выявление или ускорение латентного процесса, например через дополнительные кровоизлияния и т. д. Возможны также исключительно редкие случаи после травматического паркинсонизма и более интимная связь травмы с проявлением спинального глиоза и ограниченного кистозного арахноидита.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 5—6 1939 г.

ИЗМЕНЕНИЯ ЗРАЧКОВ И ПУПИЛЛОСКОПИЯ ПРИ СИФИЛИСЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

В. А. Смирнов,

Из клиники нервных болезней 2 Московского мединститута
(директор - академик М. Б. Кроль).

Патологическое состояние зрачков является одним из признаков, позволяющих иногда судить о различных формах невролюеса. Наш материал по зрачковым нарушениям при сифилисе центральной нервной системы вносит по ряду вопросов уточнения и дополнения.

Прежде, чем перейти к нашим наблюдениям, мы остановимся на выяснении сущности симптома Аргилл-Робертсона (А.—Р.), а также опишем аппарат-пупиллоскоп, с помощью которого исследовались больные.

Симптомокомплекс Аргилл-Робертсона

Особенное внимание в нашей работе отводится патогенезу феномена А.—Р., а также и анализу составляющих его зрачковых признаков. Это и понятно, если вспомнить, сколько противоречивых мнений существует по поводу его локализации и клинической характеристики при различных формах невролюеса.

Если этот феномен считался раньше патогномоничным для люетических поражений, то за последние 15—20 лет такой взгляд несколько поколебался. Значительное число авторов: Дежерин, Гиллен, Фор-Болье, Лагранж, Вильсон, Вильбранд и Зенгер, Роберт-Шваб, Ремхельд, Даркшевич, М. Б. Кроль, Афонский и др. наблюдали его у больных, не страдавших сифилисом нервной системы. В настоящее время в литературе имеется около 500 случаев, где зрачковая арефлексия, описанная более чем 200 авторами под названием робертсоновского симптома, отмечалась при многих (нелюетической природы) нервных и других заболеваниях. Подобную нелюетическую рефлекторную зрачковую неподвижность, согласно данных Эди, Бера, Агено и Леду-Лебара и прочих исследователей, нужно считать ложным симптомом Робертсона. Авторы, отмечавшие симптом Робертсона при несифилитических заболеваниях центральной нервной системы, не учитывали в большинстве случаев всех входящих в люетический робертсоновский симптомокомплекс признаков и подчас только одну рефлекторную неподвижность зрачков выдавали за названный феномен. Также виднейшие авторитеты, как Бабинский и

Шарпантье считают, что истинный Аргилл-Робертсон патогномоничен для невролюеса. Исследования Аствацатурова, Полонского также вполне согласуются с подобным мнением. Из сказанного, однако, не должно вытекать, что симптом Робертсона не встречается и при несифилитических заболеваниях; его следует признать более «универсальным», так как он может наблюдаться при самых различных болезненных процессах. Но в этом довольно сложном вопросе необходимо сделать разграничения по трем направлениям. Во-первых, рефлекторную неподвижность зрачков надлежит рассматривать, как довольно распространенный признак для любых заболеваний центральной нервной системы. Во-вторых, феномен Аргилл—Робертсона также может наблюдаться при целом ряде нервных поражений, но в таких случаях он все же не имеет всех характеризующих его при люесе признаков. Его можно было бы назвать неспецифическим симптомом. И, в третьих, наконец, существует «настоящий», люетической природы, симптом Робертсона, обладающий более полным комплексом своих признаков. Его, в отличие от нелюетического, следует назвать специфическим.

Для уяснения сущности последнего, мы и переходим сейчас к его подробному описанию. В течение последних 10—12 лет, наряду со взглядами старых авторов (Робертсон, Бабинский, Зис и пр.), появились весьма интересные работы Бера, Броувера, Меррита и Мура, Эди, Блуменау, Агено и Леду-Лебара, Полонского и др., ставящие вопрос об истинном аргилл-робертсоновском феномене, встречающемся только при люетических заболеваниях и состоящем из комплекса следующих признаков:

1. Отсутствует реакция на свет или она вялая с небольшой амплитудой.

2. Бер, Бумке, Эди, Маргулис и др. авторы указывают на обязательное сохранение и даже повышение реакции на аккомодацию и конвергенцию.

3. Эди, Бер и др. находят постоянное сужение зрачков разных степеней. Дежерин же в одних случаях отмечал миоз, в других—мидриаз. У Зиса сужение обнаруживалось в 80%, мидриаз в 20%. Наблюдения Шеффера показывают, что в заведомо ясных случаях табеса, в огромном большинстве отмечается картина миоза. И, наоборот, ни в одном из своих случаев он не встречал при табетическом Аргилл'е мидриаза.

4. Зрачки в своей величине, независимо от поступающего в них света, должны в течение суток оставаться постоянными. Сестан и Дюпюи-Дютан, Эди и особенно Бер придают этому условию, в характеристике истинных аргилл-робертсоновских зрачков, решающее значение.

5. Отсутствие (или ослабление) действия на зрачки мидриатических и миотических средств (атропин, пилокарпин и т. п.).

6. Неравномерность зрачков или анизокория при люетических заболеваниях, главным образом при табесе, встречается, повидимому, не менее, чем в половине случаев (Бергер, Зелигман, Марина, Тестю и др.). По данным Даузона, Ганушкина и пр., она достигает 90%.

7. Деформация зрачков отмечается чрезвычайно часто (Бер, Пильтц, Бумке, Дежерин, Тестю, Аствацатуров и пр.). Ряд авторов: Жофруа, Пильтц и др. видят в ней тот признак, который

предшествует иногда за длительный период времени рефлекторной неподвижности.

8. По Беру, Эрбу, Гиршфельду, Гоццано, Мерриту и др., чувствительные, сенсорные и психические раздражения не сопровождаются расширением зрачков.

9. Отсутствие содружественной реакции на стороне Аргилл'а при вызывании реакции на свет со здорового глаза.

10. Постепенное возникновение истинного Аргилл-Робертсона и отсутствие при нем симптома Горнера (Агено и Леду-Лебар). И, наконец,

11. По данным Эди, Броувера, Галлена и Сигвальда, Шнейдера, Барре и Гелль, Дельмонда и др., следует, что миотоническая реакция зрачка никогда не встречается при настоящем робертсоновском симптоме.

Как видно из всего сказанного, «истинный» феномен Робертсона составляется в основном из перечисленных признаков. При каждом люетическом робертсоновском феномене не должны быть налицо все указанные признаки. Наоборот, мы нередко встречаем только некоторую часть из них и то в незначительно выраженном виде. Но это ни при каких обстоятельствах не может уменьшать значения разобранных признаков, характеризующих люетический симптом Робертсона.

Коротко резюмируем: симптом Робертсона и рефлекторная неподвижность зрачков—не одно и то же. То же самое следует сказать и в отношении специфического и неспецифического А.-Р. Если первый характеризует люетические заболевания, то второй может наблюдаться при различных органических поражениях.

Разноречивы и суждения о локализации робертсоновского феномена. Остановимся на наиболее распространенных из них и заслуживающих, по нашему мнению, известного практического и теоретического интереса.

1. Ингвар, отчасти Блюменау, Тир, Сепп и др. видят причину робертсоновского симптома в поражении центростремительной части зрачковой дуги. Исходя из системного заболевания чувствительных невронов при спинной сухотке, Ингвар ссылался при этом на то, что в зрительном нерве центростремительные зрачковые волокна, как самые древние в филогенетическом развитии, лежат в поверхностных слоях. Он исходил из позиций авторов, установивших подобное фило- и онтогенетическое расположение вегетативных и анимальных волокон в корешках спинно-мозговых нервов. По заключению Ингвара, менингитический процесс основания мозга, лежащий в основе мезодермального люеса и табеса, раньше всего приводит к поражению поверхностно-расположенных зрачков волокон. Аствацатуров высказывается против такой концепции. Волокна зрительного нерва (как и зрачковые), по его данным, не имеют в морфологическом отношении ничего общего с чувствительными невронами задних корешков и столбов спинного мозга, страдающими при табесе.

2. Большинство авторов: Шпигель, Гоццано, Бер, Бушке, Вильбранд и Зенгер, Эрб, Меррит и Мур, Рансон, в некоторой степени Блуменау и др., высказываются за центральную локализацию симптома, заключающегося в поражении синапса между 2 и 3 парами нервов по мнению одних или сочетательного неврона—других.

Выдвинутый еще в 1887 г. Даркшевичем взгляд на значение зад-

ней комиссуры для локализации симптома Робертсона, снова поставлен в порядок обсуждения в недавних работах Меррита и Мура, Рансона, Магуна и др. По данным этих авторов, названная комиссура представляет то место, где симпатические волокна для дилататора и парасимпатические для сфинктера проходят совместно. Поэтому, всякого рода эпендимиты и менингиты специфического характера, и особенно при спинной сухотке, могут являться, по их заключению, причиной поражения задней комиссуры с последующим развитием робертсоновского симптома. Аствацатуров же высказывается: «не только против зависимости симптома Argyll-Robertson от поражения рецепторного отдела рефлекторной дуги, но и против зависимости его от поражения гипотетического сочетательного неврона между передними буграми четверохолмия и ядрами глазодвигательного нерва».

3. Левинсон, Кроль М. Б., Аствацатуров, отчасти Блуменау и Оппенгейм ставят вопрос о локализации симптома Робертсона в ядре 3-го нерва. Так, например, Левинсон выдвинул гипотезу, по которой ядро сфинктера состоит из двух разных клеточных скоплений. При этом одна клеточная группа осуществляет только реакцию на свет, другая же—реакцию на аккомодацию и конвергенцию. Автор отмечает особенную чувствительность первой клеточной группы к люетическим и металюетическим токсическим влияниям. На основании целого ряда клинических и других суждений, М. Б. Кроль высказывает предположение, что симптом А.-Р. зависит от избирательного поражения токсико-инфекционными люетическими агентами «вегетативного отдела ядра глазодвигательного нерва», или механического на него воздействия при различных церебральных процессах. Подобное обстоятельство особенно относится также и к рефлекторной зрачковой неподвижности при эпидемическом энцефалите, опухолях и прочих поражениях средней черепной ямки и т. д.

4. По Бауэру, причиной симптома Робертсона может быть избирательное поражение зрачковых волокон 3-го нерва. По Кролю, означенный механизм имеет чрезвычайное значение, напр., при опухолях в средней черепной ямке.

5. Мало внимания уделено давнишней теории Марина о значении поражения цилиарного ганглия. Из вполне убедительной недавней работы Киселева «Об изменении нервных клеток цилиарного ганглия при прогрессивном параличе» вытекает положение, что означенный ганглий «является одним из важнейших центров зрачкового рефлекса», поражение которого может приводить к самым различным зрачковым изменениям.

6. Помимо ядерного повреждения, Аствацатуров высказал мнение о локализации разбираемого симптома и в самом сфинктере зрачка Этого мнения отчасти придерживался и Блуменау.

Маргулис, М. С., приходит к убеждению, что феномен А.-Р. зависит от поражения постганглионарных корешков n. n. ciliares breves. В других же случаях процесс может локализоваться: 1) в области plexus gangllonaris ciliaris (расположенного «на наружной стороне цилиарной мышцы»), 2) в самой цилиарной мышце, 3) в зрачковом сфинктере и 4) в ресничном ганглии. Что же касается реакции на аккомодацию, то она при симптоме Робертсона остается сохраненной потому, что дуга ее проходит к зрачку через III нерв и n. n. ciliares longi. Наряду с этим, Маргулис делает чрезвычайно

интересное предположение об иннервации ресничной мышцы (помимо общепризнанных коротких) длинными цилиарными нервами.

Из обзора видно, что вопрос о механизме симптома Робертсона нуждается в дальнейшей разработке и, самое главное,—в соответствующих патолого-анатомических подтверждениях. Одинаково и всесторонний анализ клинических данных у люетиков тоже может в значительной мере приблизить нас к пониманию патогенеза означенного феномена, как и прочих зрачковых признаков.

Наши наблюдения вполне согласуются с выводами авторов-сторонников локализации феномена А.-Р. в центробежных путях зрачка. Наиболее вероятным является предположение об исключительной ранимости люетической инфекцией эдингер-вестфалевского ядра, а иногда и его волокон, проходящих в 3-м нерве.

Существенное значение в механизме некоторых зрачковых нарушений имеет также и цилиарный ганглий с его окончаниями в зрачковом сфинктере, вследствие повышения его автономной функции при включении упомянутой ядерной или проводниковой парасимпатической иннервации.

Пупиллоскопия.

Для улавливания зрачковых изменений и особенно в их начальном проявлении не всегда бывает достаточным общепринятое клиническое обследование. Это в первую очередь относится к световой реакции, для которой исключительный интерес представляло бы ее количественное измерение. Распространенные названия: реакция «вялая», «вяловатая», «непрочная», «умеренная» и т п.—суб'ективные понятия, которые в ряде случаев не совсем точно (а иногда даже ошибочно) отражают сущность характеристики этих реакций. Наиболее подходящим и усовершенствованным для количественного определения световой реакции являлся аппарат под названием «пупиллоскоп» Зандера. Употребление подобного аппарата не представляется новым. Уже в 1897 г. встречаются отдельные указания, по которым видно, что Захс прилагал большие усилия в деле конструирования такого прибора и пользования им. Несколько позже, над усовершенствованием этого прибора работали Зоммер, Шлезингер и др. Особенного же совершенства достиг аппарат, выпущенный Гессом в 1916 г. Дифференциальный пупиллоскоп Гесса в течение известного времени имел некоторое клиническое пользование и, как ни странно, главным образом, у офталмологов. Среди невропатологов употребление его не нашло должного применения. Из последних мы знаем только лишь работы Мертенса и Баркау, Ласта, Болотиной (Москва) и Ильина.

Нами был использован зандеровский пупиллоскоп последней конструкции, позволявший сравнительно точно определять состояние зрачковой реакции и выражать ее в числовых знаках, помимо качественной оценки.

Этот пупиллоскоп (фирмы Цейса) является довольно сложным по конструкции, но простым аппаратом в работе (см. снимки 1 и 2). Он состоит из массивного металлического штатива (А), в который вставлен, наиболее важный из всего аппарата, осветительно-регистрационный прибор (В), соединенный с трансформатором (С) и включателем (Д) для тока, идущего по проводу (Е) от штепселя.

Осветительно-регистрационный прибор составляется в основном

из: 1) зрительной трубки, построенной по типу простейшего микроскопа (окуляр 5,5 х и об'ектив в виде лупы), с увеличительной силой стекол в 11 раз; 2) полусогнутого горизонтального желоба,

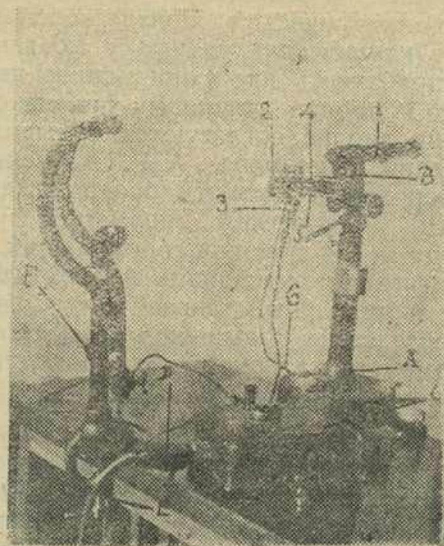


Рис. 1

в котором при помощи ползунка включена основная часть прибора— серая стеклянная пластинка (в металлической оправе с делениями от 1 до 21), двигающаяся в горизонтальном и в вертикальном на-

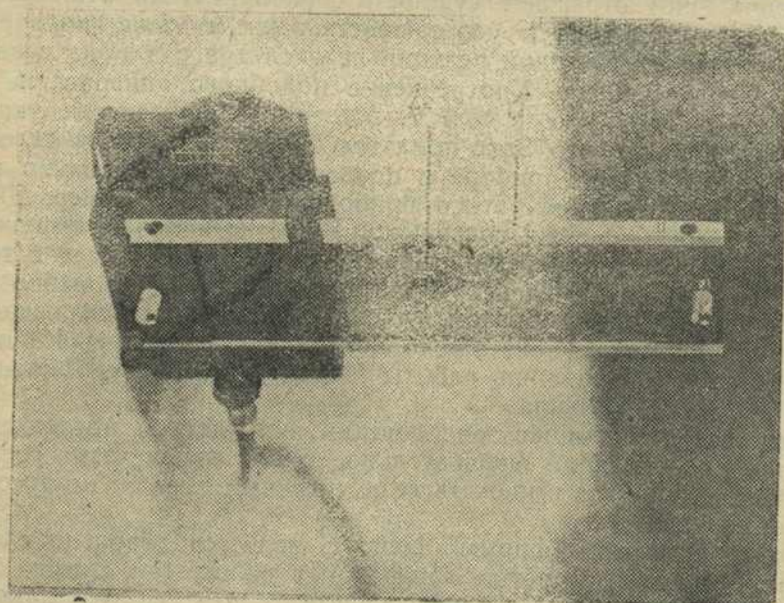


Рис. 2

правлениях; 3) электрической лампочки (0,4 Amp. 10 Volt), расположенной сзади пластинки и бросающей на нее свет через специальное отверстие (световая щель); 4) означенной стеклянной пластинки,

состоящей, в свою очередь, из двух разноокрашенных по горизонтали половин; верхней—темносерой и нижней—светлосерой; 5) металлической оправы, представляющей шкалу с 21 делением, и 6) спуска для движения стеклянной пластинки (вместе с металлической оправой) вверх и вниз.

Особенностью этой пластинки является неодинаковое прохождение через нее света от указанной лампочки из световой щели. Если верхняя ее половина пропускает всюду свет в количестве 2,3%, то нижняя половина пропускает его в убывающем количестве вследствие нарастающего затемнения на всем протяжении.

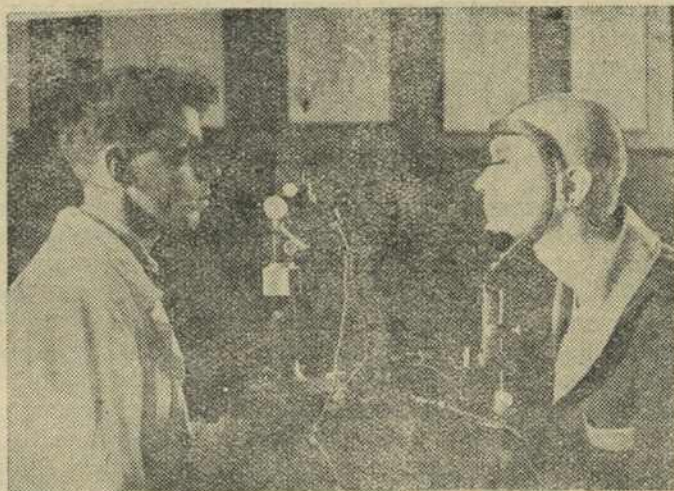


Рис. 3

Так, на месте, соответствующем 1 делению шкалы, свет проходит в количестве 54,96%, на 21-м же делении—3,6%. Благодаря возможности передвижения стеклянной пластинки и шкалы в горизонтальном направлении рукой и в вертикальном при помощи спуска, исследователь может менять интенсивность освещения зрачков у исследуемого. Такое освещение позволяет устанавливать понижение или отсутствие (а в очень редких случаях и повышение) зрачковой возбудимости и выражать («градуировать») ее в тех или иных числах, соответствующих делениям шкалы.

Исследуемый, в специальном приспособлении (F) с фиксированной головой и подбородком, сидит против исследователя и смотрит на светящуюся точку, проникающую через серую стеклянную пластинку из электро-лампочки, помещенной в глубине осветительно-регистрационного прибора (см. снимок № 3).

Обследование зрачка происходит на 1-м делении шкалы. Осматривается его ширина, форма, край и световая реакция. Последняя нами обозначается: реакция живая, вяловатая, вялая, очень вялая, отсутствует.

После этого, означенная стеклянная пластинка со шкалой постепенно передвигается по горизонтали и поднимается при помоши спуска по вертикали. В момент последнего (вследствие указанной разницы в затемнении обеих половин пластинки, а также в нарастании затемнения в нижней ее половине), от получения большого

светового возбуждения, зрачок в той или иной степени сокращается По мере же передвижения пластинки к концу (21 деление) зрачковая реакция делается все более и более ослабленной. И наконец, в зависимости от тяжести поражения зрачковых путей, реакция становится едва уловимой или отсутствующей. Таким образом, при помощи делений шкалы можно легко определять «границу» для различных нарушений световой реакции.

Как видно из снимка, пупиллоскоп с прибором для фиксации головы и подбородка помещается на столик определенной высоты. Исследование происходит в темной комнате, при этом дается некоторое время для адаптации глаз исследуемого к темноте.

Преимущество пупиллоскопической методики над обычным осмотром зрачков—огромное. Пупиллоскоп позволяет определять степень чувствительности зрачковой реакции к дозируемому световому раздражителю и выражать ее в числовых знаках.

К постановке проблемы.

Обследование больных нами проводилось по специальной схеме. Задачей нашего исследования является анализ зрачковых нарушений и особенно световой реакции при сифилисе центральной нервной системы. Чтобы иметь стандарты для сравнения, мы провели на 28 совершенно здоровых людях пупиллоскопию. Оказалось, что при передвижении шкалы от 1 к 21 делению световая реакция у них во всех случаях вызывается. Эта реакция при нарастании затемнения в серой пластинке постепенно ослабляется, тем не менее, на 21-м делении она, хотя и с очень небольшой амплитудой, все же имеется. Таким образом, обследование зрачковой реакции у здоровых людей показало наличие ее на всех делениях указанной шкалы.

Другое получается при люетическом поражении зрачковых путей. Реакция здесь довольно быстро ослабляется и нередко отсутствует раньше конца шкалы. Поэтому, для соответствующего об'ективного суждения о световой реакции, мы отмечали следующие количественные ее определения: 1) реакция по всем делениям норма, 2) патологическое ослабление—граница едва уловимой реакции и деление, где реакция отсутствует; 3) патологическое повышение—реакция на 21-м делении живее, чем в норме. Кроме этого с помощью пупиллоскопа (о чем было сказано выше) также устанавливались: форма, край и относительная ширина зрачка.

Нужно отметить, что зрачковые нарушения (за исключением анизокории и реакции на конвергенцию—аккомодацию) указываются нами всюду на основе пупиллоскопических данных, т. к. при обычном осмотре они не всегда обнаруживались.

Необходимо указать на две работы, где авторы проводили пупиллоскопию при сифилисе центральной нервной системы (наряду с другими нервными заболеваниями). Так, Ласт проводил ее у 90 люетиков; Болотина при цереброспинальной форме в 30, спинной сухотке в 14 и менинго-миелите в 2-х случаях. Помимо применения этими исследователями пупиллоскопа Гесса, они пользовались также и совершенно противоположной методикой в оценке зрачковой реакции. Оценка производилась при помощи двух величин, соответствующих у здоровых людей 95 : 100. Это отношение немецкие авторы называют: „motorische Unterschiedsempfindlichkeit", а американские «motor discriminative acnity». Оно выражалось коэфи-

циентом Q равного—0,84—0,85. Отношение этих величин определялось в свою очередь двумя стеклянными пластинками: в зависимости от того, как находили они друг на друга, регулировался свет для зрачкового освещения. Каждому положению обеих пластинок соответствуют определенные величины, приводящие в своем соотношении к означенному Q.

Значительный интерес представляли для нас реакции на конвергенцию-аккомодацию, глазные симптомы и данные окулиста *).

Непременным условием для обследования больных, помимо клинической картины, являлись положительные данные со стороны ликвора или крови.

Исследование зрачков производилось у 84 люетиков. Больные подразделялись следующим образом: lues cerebro-spinalis—56, tabes dorsalis—16 и прогрессивный паралич—12 случаев.

В характеристике этих зрачков по самому первому впечатлению можно отметить: различные виды неполноценной реакции на свет, патологические изменения в краях зрачков, неравенство их в некоторых случаях—миозы. Одновременно с этим бросается в глаза и некоторая особенность зрачковых изменений при каждой форме люетического поражения, открываемая, главным образом, с помощью пупиллоскопа.

Для лучшего представления и понимания подобных изменений мы разберем указанные формы по отдельности.

Lues cerebro—spinalis.

Начнем с наиболее часто встречающегося цереброспинального люеса и укажем следующие зрачковые изменения при нем.

1. Миозы—15 случаев, из них: двусторонних—7 и односторонних—8.

2. Мидриазы—с обеих сторон—1 случай.

3. Неравенство зрачков—28 сл.

4. Различные деформации—50 сл., из которых особенно выделяются неправильная форма (овал и т. п.), угловатость и из'еденность.

5. Прыгающие зрачки или гиппусы (зрачковое «беспокойство»—немецких авторов)—1 случай.

6. Гипо и арефлексии—46 случаев. Гипорефлексий—43: двусторонних—39 (с преобладанием на правой стороне в 8 и слева в 6 случаях) и односторонних—4. Арефлексий—3: двусторонних—2 и с одной стороны—1.

7. Ослабленные и отсутствующие реакции при конвергенции—21 сл. Ослабленные: двусторонних—9 и односторонних—5. Отсутствующие: с двух сторон—5 и с одной стороны—2.

8. Абсолютное отсутствие зрачковой реакции—2 случая, из них двусторонних—1 и на одной стороне—1.

По нашему материалу при цереброспинальном люесе встречается ослабление и даже отсутствие реакции зрачков при конвергенции. Подобные нарушения, правда, редко отмечаются нами и при симптоме А.-Р., хотя, как известно, для последнего характерно сохранение реакции на конвергенцию-аккомодацию. В соответствии с данными большинства авторов: Даркшевича, Россолимо, Аствацатурова,

*) Следует заметить, что больные с полным амаврозом не рассматривались.

Триче-Коллинса, Гебера и др., зрачковое сужение при конвергенции-аккомодации является не рефлексом, а содружественным движением. Последнее же, исходя из анатомо-физиологического рассмотрения, не может не обусловливаться сохранностью глазодвигательного (нервного и мышечного) аппарата. Между актом конвергенции—аккомодации, с одной стороны и сужением зрачков—с другой существует самая тесная синергия. При нарушении этой синергии может страдать и зрачковая реакция на конвергенцию-аккомодацию. В зависимости от степени поражения глазодвигательного аппарата и особенно n. oculomotorii, будет соответствующим образом нарушаться и указанная зрачковая реакция.

В согласии с довольно значительным числом авторов (Робертсон, Бах, Дежерин, Бумке, Бер, Агено и Леду-Лебар, Эди, Полонский, отчасти Меррит и Мур и пр.) мы напоминаем, что симптомокомплекс А.-Р. должен состоять из целого ряда признаков. При разбираемой форме невролюеса А.-Р. встречался в 14 случаях. Последние подразделялись: двусторонних 7, справа 3 и на левом глазу 4. Необходимо указать, что по нашим данным, наиболее важными зрачковыми нарушениями, входящими в симптомокомплекс А.-Р., являются: гипо- и арефлексии, деформации и неравенство зрачков, миозы, отсутствие (или ослабление) содружественной реакции на стороне феномена, а также и действия на парасимпатический зрачковый аппарат мидриатических и миотических средств.

Имеется ряд больных, где симптом Робертсона состоит из «очень вялой» и реже «вялой» световой реакции. Часть признаков А.-Р. может быть выявлена в «законченном» виде, другая же часть может находиться только в «зачаточной» стадии. Вот почему этот феномен отмечен как при полном наличии характерных для него признаков, так и при отсутствии некоторых из них: полный и неполный симптомокомплекс А.-Р. Среди 14 случаев полный симптом А.-Р. встречается в 3, а неполный (разных степеней) в 11 случаях.

Перейдем к рассмотрению других, особенно показательных, зрачковых нарушений, обнаруженных при помощи количественного исследования пупиллоскопом.

1. «Граница едва уловимой реакции» в отношении обоих глаз показывает в 79,5% случаев довольно резкое и раннее снижение. Необходимо кстати отметить диссоциацию снижения «границы» между обоими зрачками, что хорошо видно из прилагаемой здесь специальной таблицы:

Нумерация делений	С обеих сторон	Справа	Слева	Итого
От 1 до 10	3 (×2 = 6*)	5	8	19
„ 11 „ 15	6 (×2 = 12)	5	4	21
„ 16 „ 18	6 (×2 = 12)	13	8	33
„ 19 „ 21	4 (×2 = 8)	3	5	16
Всего	19 (×2 = 38)	26	25	89(79,5%)

*) В скобках обозначено количество глаз, полученных от умножения случаев на оба глаза.

Установление «границы едва уловимой реакции» позволило нам во многих случаях, с учетом и других признаков, определить зрачковые изменения, как люэтические. При этом часто отмечается значительная асимметрия зрачков в разбираемой реакции, которая является патогномоничным признаком для цереброспинального люеса.

2. «Деление, где реакция отсутствует», встречается в 57,15% случаев (см. прилагаемую таблицу).

Нумерация делений	С обеих сторон	Справа	Слева	Итого
От 1 до 10	4 (×2 = 8)	—	—	8
„ 11 „ 15	1 (×2 = 2)	4	4	10
„ 16 „ 18	3 (×2 = 6)	6	7	19
„ 19 „ 21	7 (×2 = 14)	6	7	27
Всего	15 (×2 = 30)	16	18	64 (57,15%)

Установление «деления, где реакция отсутствует» обнаруживает у большинства больных с цереброспинальным люесом раннюю патологическую утрату зрачкового светового возбуждения. Этот признак также говорит за себя в смысле его люэтического происхождения.

Можно считать, что локализация симптомокомплекса А.-Р. должна находиться только в парасимпатических путях и, главным образом, в их клеточных группах. Подобная трактовка находит почти полное подтверждение и со стороны М. Б. Кроля. «Близость ядра глазодвигательного нерва к сильвиеву водопроводу,—говорит он,—наводила и здесь на мысль о токсическом воздействии или об избирательной реакции эктодермальной ткани на находящуюся в ближайшем соседстве спирохету». Левинсон и во многих случаях Аствацатуров также объясняли аргилл-робертсоновский симптом ядерным поражением глазодвигательного нерва. Бер в своих работах часто высказывается о возможности локализации аргилл-робертсоновского симптома в ядрах сфинктера как наиболее уязвимых, вследствие их биологической функциональной слабости по сравнению с другими ядрами III нерва.

Что же касается отрицательных данных патолого-анатомического изменения ядер у Кассирера и Штрауса, Кенехи-Нака и отчасти Меррита и Мура, то мы можем об'яснить это тем, что в их случаях имели место только поражения зрачковых волокон III пары. Можно также выразить предположение о недостаточно подобранном материале, отсутствии прижизненной проверки и анализа зрачковых признаков. Кроме того трудность таких изысканий, помимо технических вопросов и значительных вариаций клеточного состава ядер, упирается, повидимому, чаще всего в чрезвычайно тонкие структурные изменения в ядрах (неуловимые микроскопом) и особенно в тех случаях, когда имеется только лишь токсическое воздействие на эти клеточные группы.

Заслуживает внимания взгляд Бауэра, не встретивший, однако, должного сочувствия среди большинства невропатологов. Автор считал возможным об'яснять симптом Робертсона изолированным поражением зрачковых волокон, проходящих в III нерве. Подобный механизм самых различных зрачковых нарушений (включительно до

Аргилл'а) имеет по Кролю широкое клиническое распространение. «При заболевании периферического эфферентного пути в области периферического ствола глазодвигательного нерва,—пишет он,—при травматическом параличе его, при опухоли, давящей на него, при люетических или иных менингитических заболеваниях и т. д. отсутствие всех рефлексов сужения зрачка на все раздражения само собой понятно. В таких случаях поврежден «последний общий путь». При неполном повреждении ствола периферического глазодвигательного нерва может наступить некоторая диссоциация в области рефлексов сужения зрачков». В вышедшей в 1937 г. работе, Полонский ставит вопрос о локализации истинного симптома Робертсона в стволе глазодвигательного нерва за счет избирательного поражения специфической инфекцией парасимпатических волокон, осуществляющих световую реакцию. Сохранение же реакции на аккомодацию-конвергенцию при симптоме Робертсона он об'ясняет присутствием «в стволе глазодвигательного нерва функционально слабых волокон, отвечающих на световое раздражение и других, более сильных, отвечающих на конвергенцию-аккомодацию».

После знакомства с нарушениями зрачков при цереброспинальном люесе, остановимся кратко на его церебральной, спинальной и периферической формах. Случаев «изолированного» поражения головного мозга среди нашего материала было 9, спинного—7 и периферической нервной системы (корешковые и менинго-корешковые поражения)—6.

Пупиллоскопические исследования при церебральном люесе показали более позднее снижение «границы едва уловимой реакции» и более высокие (поздние) цифры при установлении «деления, где реакция отсутствует». Эти данные, вероятно, следует поставить в связь с фактором времени. У цереброспинальных люетиков давность заболевания отмечается большая и поэтому нарушения световой реакции бывают более резкими и перемещаются к средним и первым делениям шкалы. При церебральном же люесе давность процесса меньшая и нарушения реакции являются начальными, нередко устанавливаемыми только пупиллоскопом на последних делениях шкалы. При спинальной и периферической формах люеса изменений зрачков при обычном исследовании часто не отмечалось. Пупиллоскопия же установила и в этих случаях снижение границы «едва уловимой реакции». Изредка отмечено также «деление, где реакция отсутствует». При этих формах изменения зрачков значительно менее выражены, чем при предыдущих.

Tabes dorsalis

Зрачковые изменения при металюесе имеют целый ряд особенностей (в количественном отношении и степени тяжести поражения), которые их отличают от таковых при мезодермальном люесе. Кроме того, зрачки при спинной сухотке и прогрессивном параличе имеют в некоторых случаях и свои (правда, не совсем резко выраженные) отличительные черты. Начнем с tabes dorsalis. Зрачковые нарушения у этих табетиков распределяются следующим образом.

1. Миозы—7 случаев, при чем все они были двусторонними.
2. Двусторонние мидриазы—2 случая.
3. Неравенство зрачков—4 случая.

4. Различные деформации—16 случаев (100%), из которых на первый план выступает неправильная форма. Что же касается из'еденности (зазубренности) зрачков, то она обнаружилась лишь в одном случае.

5. Гипо- и арефлексии—16 случаев (100%) *). Гипорефлексий (56,2%): двусторонних—8 и односторонних—2. Арефлексий (43,8%): двусторонних—6 и односторонних—2.

6. Ослабленные и отсутствующие реакции при конвергенции—10 случаев. Ослабленных с обеих сторон—6 и отсутствующих 4 случая.

7. Абсолютное отсутствие зрачковых реакций—3 случая, из них двусторонних—2 и на одной стороне—1 случай.

8. «Граница едва уловимой реакции» обнаруживает во всех случаях раннее и максимальное ее снижение по сравнению с мезодермальным люесом. В большинстве случаев снижение «границы» начинается уже между 1 и 10 делением. Бросается в глаза почти полное отсутствие диссоциации в снижении «границы» между зрачками.

Нумерация делений	С обеих сторон	Справа	Слева	Итого
От 1 до 10	9 (×2 = 18)	—	—	18
„ 11 „ 15	2 (×2 = 4)	1	—	5
„ 16 „ 18	2 (×2 = 4)	—	1	5
„ 19 „ 21	2 (×2 = 4)	—	—	4
Всего	15 (×2 = 30)	1	1	32 (100%)

9. «Деление, где реакция отсутствует», показывает почти аналогичную с предыдущими данными картину и встречается в 94% случаев.

Нумерация делений	С обеих сторон	Справа	Слева	Итого
От 1 до 10	7 (×2 = 14)	—	1	15
„ 11 „ 15	—	1	—	1
„ 16 „ 18	3 (×2 = 6)	1	—	7
„ 19 „ 21	3 (×2 = 6)	—	1	7
Всего	13 (×2 = 26)	2	2	30 (94%)

Пользуясь вышеописанными признаками с. Аргилл-Робертсона, мы обнаружили его среди табетиков в 9 случаях (56,2%), при этом он был здесь двусторонним и подразделялся на 7 полных и 2 непол-

*) У двух табетиков между означенными реакциями отмечалась следующая диссоциация: у одного на левом глазу реакция отсутствовала, справа—была резко ослаблена; у другого,—справа отсутствовала, слева почти не вызывалась. Такая зрачковая диссоциация у обоих больных вынудила нас при %% исчислении считать их не за 4, а за 2 случая (т. е. обе гипо-и обе арефлексии по 1 случаю).

ных *). Показательным является довольно большое число табетиков, где аргилл-робертсоновский симптом, вместо нормальной, сопровождается ослабленной или отсутствующей реакцией при конвергенции. Такое обстоятельство еще больше подтверждает наш взгляд, вопреки мнению ряда авторов (Робертсон, Даркшевич, Астацатуров, Маргулис, Бер, Бумке, Эди и др.) о возможности нарушения этой реакции при означенном симптомокомплексе.

Следует заметить, что если при разобранных выше формах невролюеса встречались отдельные случаи, где зрачки оставались без особенного изменения, то при табесе подобных случаев при пупиллоскопии не оказалось.

Познакомимся в кратких чертах с литературой и статистикой, освещающих отдельные зрачковые нарушения при спинной сухотке. Начнем с сужения зрачков. Многочисленные авторы: Эрб, Дежерин, Бер, Бумке, Эди, Зис, Магун и Рансон, Кроль, Аствацатуров и пр. придают (с учетом и других признаков) миозу при рассматриваемом заболевании исключительно ценное диагностическое значение. Даркшевич и Маргулис подчеркивают при этом его спастическое происхождение. Зрачковое сужение отмечается по Фрею в 65%, у Сарбо в 21%. Что касается мидриаза, то о нем имеются указания у большинства старых авторов, а также у Кроля и Маргулиса. Сарбо находил его в 14%.

Неравенство зрачков и деформации акцентуируется всеми известными нам авторами. Анизокория отмечалась Сарбо в 46,6%.

Гораздо большую важность, чем все только что упомянутые признаки, представляет собой рефлекторная неподвижность зрачков. По Беру, Бумке, Вейлеру и некоторым другим авторам, она зависит исключительно от металюетических заболеваний, хотя в редких случаях может встречаться и при мезодермальном люесе. Так Мочутковский, в зависимости от степени и длительности спинной сухотки, находил ее от 63,9% до 100%, Сарбо и П. Мари приводили почти такие же цифры, Бергер в 97%, Головин в 70—85%, Эрб (вместе с вялой) в 84,5%, Вильбранд и Зенгер в 70—80%, Фрей в 70,1%, Утгофф в 62%.

Одновременно с этими данными необходимо указать на нередко встречающуюся при спинной сухотке так называемую астеническую реакцию зрачков. На нашем материале у табетиков с гипорефлексией она обнаруживалась в 5 случаях. Еще в 1906 году Кутнер у одного из своих больных, с подозрением на tabes incipiens заметил быструю истощаемость световой реакции. Эта астеническая реакция при повторных исследованиях на 8—15 разе совершенно исчезла. Подобное обстоятельство заставило автора поставить вопрос: не является ли означенный симптом предвестником развития табетической зрачковой неподвижности?

Известны также и факты абсолютной зрачковой арефлексии при спинной сухотке. Этот феномен выражается в полной утрате реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию (при целости последних двух актов). В некоторых случаях при мета- и мезодермальном люесе рефлекторная неподвижность зрачков переходит в полную непо-

*) Вследствие указанной диссоциации между зрачковыми реакциями (на одном глазу - отсутствие, на другом—ослабление) у двух больных и получения благодаря этому 2 полных и 2 неполных робертсоновских симптомокомплексов, мы вынуждены опять при исчислении брать их не за 4, а за 2 разноименных случая.

движность. Одни авторы находили ее чаще при металюетических поражениях (Вейлер, Бумке, Эди, Блуменау, Маргулис и др.). Эди и Блуменау считали главным образом этот феномен характерным для спинной сухотки. Другие, как Бер, наоборот, наичаще отмечали его при мезодермальных формах, меньше у паралитиков и совсем мало при tabes dorsalis. Абсолютная зрачковая неподвижность при металюесе встречается: у Бернгарда в 11,3%, у Штумма в 6—7% (и особенно при прогрессивном параличе), у Жильбера, Балле и Сарбо только в 2,3%. Большинство клиницистов признают однако, что эта зрачковая неподвижность при металюетических заболеваниях бывает в 10—15%. Что касается спинной сухотки, то она сопровождается этой неподвижностью по данным Фрея в 21,8%.

Наряду с различными точками зрения на патогенез абсолютной неподвижности встречаются такие, которые считают причиной поражение вегетативных ядер III нерва (Даркшевич, Бер, Вильбранд, Зенгер и др.) или эфферентных волокон зрачковой дуги (Бер, Штирлинг, Зенгер и пр.). Эти выводы о патогенетической сущности полной зрачковой арефлексии вполне согласуются с нашими. Мы, как было указано выше, исходим из того взгляда, что вначале поражаются ядерные клетки III нерва, ведающие световой реакцией. По мере же усиления процесса в него постепенно вовлекаются и те клеточные группы, которые осуществляют реакцию на конвергенцию-аккомодацию. То же самое можно сказать и про эфферентные волокна зрачковой дуги. Люетическая инфекция, вследствие особенной избирательности, задевает сперва только пути для световой реакции, затем при наличии большего наводнения ею прилежащей территории она поражает и волокна, направляющиеся в конечном счете к цилиарной мышце.

Заслуживающие внимания данные вскрываются при помощи пупиллоскопии, которая обнаруживает раннее снижение или исчезновение зрачкового возбуждения по сравнению с данными при мезодермальных формах. Подобные показатели должны являться вескими критериями в вопросе определения табетических зрачков. В некоторых случаях, при учете всех зрачковых признаков, нам удавалось без детального клинического осмотра больных, при отсутствии исследования крови и ликвора, правильно высказываться о табетическом характере заболевания. Поэтому, мы вправе сделать вывод о важной роли пупиллоскопического метода при исследовании больных в практике невропатологов и должны всячески стремиться занять в нашей деятельности для него то подобающее место, которое еще более будет способствовать своевременному распознаванию и уточнению диагностики. Огромное значение придает пупиллоскопии Ласт. Пользуясь этим методом, он открывал весьма тонкие изменения световой реакции, служившие ранними диагностическими признаками для невролюеса. Большое внимание к применению пупиллоскопа в клинике нервных болезней уделяется и в работе Болотиной. Мы также добавим, что если при обычном исследовании зрачков от врача и может «кое что ускользнуть», то этого не бывает при пупиллоскопии.

О чем говорят зрачковые расстройства при спинной сухотке? Анализ глазодвигательных и зрачковых симптомов у табетиков позволяет снова утверждать о наличии зависимости зрачковых нарушений от преимущественного поражения ядер или эфферентных путей

III пары и наоборот, отрицательно смотреть на зрачковые изменения, могущие быть от задевания афферентных путей, являющихся «составной частью» II нерва. Последнее, в известной мере, может подтверждаться некоторыми случаями, где зрачковые расстройства не сопровождались изменениями зрительных аппаратов. Для проверки этого мы опять пользовались фармакологическими пробами и содружественной реакцией, которые показали нам нарушение парасимпатического зрачкового аппарата. Однако, такое об'яснение механизма зрачковых нарушений должно быть допущено с известной оговоркой. В тех случаях, когда имеется двусторонний и полный симптомокомплекс А.-Р., мы не можем означенной проверкой определить состояние зрачковых афферентных путей (так как здесь теоретически могут быть допустимы поражения в обоих отделах зрачковой дуги).

Кроме того было применено исследование зрачков при введении кокаина в глаз, при болевых (уколы, щипки и т. п.), эмоционально-аффективных и пр. воздействиях. По Эрбу, Вильбранду и Зенгеру, Триче-Коллинсу и др. реакция зрачков на указанные воздействия связана с симпатической иннервацией. При зрачковых нарушениях, эта реакция в подавляющем большинстве случаев была в той или иной степени сохранена (и особенно на пробу с кокаином), что указывало на известную целость симпатических путей.

Заслуживает внимания вопрос о мидриазе при симптоме А.-Р. у табетиков. Вопреки мнению авторов (Робертсон, Эди, Бер и др.) нам не раз приходилось встречать при табетическом Аргилле мидриазы различной степени. Этот мидриаз нужно об'яснить выключением эфферентных путей зрачка и действием симпатикуса.

Из разнообразного материала видно, что зрачковые расстройства у табетиков, по сравнению с мезодермальными люетиками, характеризуются симметричными и более яркими признаками Чаще всего это обнаруживается не обычным осмотром, а пупиллоскопией. Особенно бросается в глаза здесь раннее (на первых делениях шкалы) снижение и отсутствие зрачкового возбуждения.

Paralysis progressiva

Это заболевание, как известно, состоит из поражения серого вещества (кора, полосатое тело, зрительный бугор и т. п.) и белого вещества головного мозга. Наряду с последним нередко поражаются мозжечок и спинной мозг (Кроль, Маргулис и др.). Одновременно здесь «всегда обнаруживаются еще явления со стороны мезодермы. Так при вскрытиях находят сращения твердой оболочки с черепной крышей, помутнения и утолщения мягких оболочек, которые в особенности простираются над лобными долями мозга и до границ затылочной доли» (Кроль).

Зрачковые нарушения у 12 паралитиков распределяются следующим образом:

1. Двусторонние миозы—3 случая.
2. Мидриазы—3 случая.
3. Неравенство зрачков—4 случая.
4. Различные деформации—11 случаев, из которых на первом месте находится неправильная форма (угловатость и т. п.). Следует также заметить, что эти изменения являются сравнительно небольшими и обнаруживаются, главным образом, при пупиллоскопии.

5. Гипо- и арефлексии—11 случаев, из них: первых—9, вторых—2 случая.

6. Ослабленные и отсутствующие реакции при конвергенции—8 случаев, из которых ослабленных—7 и отсутствующих—1 случай.

7. Абсолютное отсутствие зрачковых реакций—1 случай.

Данные пупиллоскопии:

Нумерация делений	С обеих сторон	Справа	Слева	Итого
От 1 до 10	3 (×2=6)	—	—	6
„ 11 „ 15	1 (×2=2)	1	—	3
„ 16 „ 18	4 (×2=8)	1	—	9
„ 19 „ 21	2 (×2=4)	—	2	6
Всего	10 (×2=20)	2	2	24 (100%)

8. «Деление, где реакция отсутствует» обнаруживается значительно реже по сравнению с табетиками и составляет 62,5% случаев.

Нумерация делений	С обеих сторон	Справа	Слева	Итого
От 1 до 10	3 (×2= 6)	—	—	6
„ 11 „ 15	1 (×2= 2)	—	—	2
„ 16 „ 18	—	1	—	1
„ 19 „ 21	3 (×2= 6)	—	—	6
Всего	7 (×2=14)	1	—	15 (62,5%)

Что касается симптомокомплекса А.-Р., то, следуя указанным признакам, мы обнаружили его у рассмотренных паралитиков в пяти случаях. У 4-х больных этот феномен был двусторонним и у 1-го—односторонним; при чем в 2-х случаях он представлялся полным, а в 3-х неполным. Здесь, как и при спинной сухотке робертсоновский симптом сопровождается иногда мидриазом, хотя последний у паралитиков встречается чаще. Такая картина (с учетом и других признаков) несомненно должна служить известным показателем для отличия симптомокомплекса Робертсона у мезо- и эктодермальных люетиков, а также между табесом и прогрессивным параличом.

Существенные данные при исследовании паралитиков вскрываются при помощи пупиллоскопа. «Граница едва уловимой реакции» показывает сходную картину со спинной сухоткой, в отношении снижения на шкале зрачкового возбуждения во всех случаях, но более позднего при параличе». Деление, где реакция отсутствует, приводит к другим результатам. Паралитиков с подобного рода нарушением отмечается здесь значительно меньше, чем табетиков.

Таким образом, из разбора пупиллоскопических и других показателей следует: зрачковые расстройства, в основном, у прогрессивных паралитиков встречаются несколько реже, а кроме того и степень их нарушения не столь значительна, чем у табетиков. Из анализа клинических симптомов видно, что поражение при этом заболе-

вании касается, главным образом, головного мозга и особенно коры, а в некоторых случаях и полосатого тела, таламуса и т. п. Эти данные позволяют притти к выводу, что мозговой ствол с его анатомическими образованиями при прогрессивном параличе поражается довольно редко. Вот почему центр тяжести специфического процесса переносится здесь на корковые, стриарные, мозжечковые, таламические и т. п. анатомо-физиологические системы. Отсюда, однако, не следует, что средний мозг являющийся составной частью мозгового ствола, остается безучастным к люетической инфекции. Исходя из нейротропизма люетических токсико-инфекционных агентов к зрачковым клеточным элементам и их волокнам должно быть ясно, что патогенез зрачковых нарушений, наоборот, будет иметь место в среднем мозгу на дне сильвиева водопровода или в базальном субарахноидальном пространстве, где означенные парасимпатические волокна особенно легко подвергаются патологическому воздействию из ликвора. Следуя этим взглядам, нам становится понятна сущность механизма зрачковых нарушений у паралитиков (как и у прочих люетиков), начиная от самых легких из них и кончая неполными и полными робертсоновскими симптомокомплексами.

В заключение, мы снова подчеркиваем, что различные степени зрачковых нарушений (и особенно световой реакции), встречающиеся при разнообразных формах люеса, обнаруживаются, главным образом, при пупиллоскопии. При помощи последней нам удавалось вскрыть известную особенность зрачковых расстройств. При этом отмечалось также, что степень зрачковых нарушений часто идет параллельно выраженности общей клинической картины и давности заболевания. В ряде случаев на нашем материале при обычном исследовании зрачков, в них «ничего особенного не отмечалось». При помощи же пупиллоскопии обнаруживались нарушения (повышения порога световой возбудимости, патологическая форма зрачка, изменения его края и т. п.), которые позволили высказать предположения о специфическом процессе в нервной системе, подтверждавшиеся при последующем обследовании. Метод пупиллоскопии очень ценен и имеет несомненное преимущество перед обычным способом исследования зрачков, в особенности при ранних формах невролюеса.

Выводы.

1. В клинике мезо- и эктодермального невролюеса зрачковые изменения являются решающими для диагностических выводов.

2. Пупиллоскопия—ценный диагностический метод при невролюесе, вскрывающий количественную сторону зрачковых изменений.

3. Симптом А.-Р. не исчерпывается рефлекторной неподвижностью зрачков. Однако, его ядром является световая гипо- или арефлексия.

4. Симптом А.-Р. встречается, как исключение, и при нелюетических поражениях центральной нервной системы. При них «неспецифический» А.-Р. часто не обладает всеми своими характерными свойствами.

5. Диссоциация между световой реакцией и реакцией на конвергенцию-аккомодацию при робертсоновском феномене об'ясняется преимущественным поражением специфической инфекцией эдингер-вестфалевского ядра, расположенного наиболее близко к сильвиеву

водопроводу, или избирательным поражением зрачковых волокон III пары.

Реакция на конвергенцию-аккомодацию обусловливается механизмами, онто- и филогенетически более новыми, так как в этих актах участвуют корковые компоненты.

6. При робертсоновском феномене реакция на аккомодацию-конвергенцию, являющаяся содружественным движением, может иногда нарушаться.

7. Зрачковые нарушения и симптомокомплекс Робертсона следует, повидимому, локализовать в эфферентном отделе светового рефлекса, т. е. преимущественно в вегетативном ядре, и меньше в зрачковых волокнах III нерва.

В редких случаях, когда страдает только зрачковая реакция на свет, поражение может быть и в центростремительной части дуги (особенно при гемианопической реакции), что можно доказать исследованием содружественной (сочувственной) реакции и введением в глаз миотических или мидриатических средств.

8. Мезодермальная форма люеса характеризуется асимметричными зрачковыми нарушениями, более частой из'еденностью в краях зрачков и меньшим снижением зрачкового возбуждения (по делениям шкалы), по сравнению с эктодермальным люесом.

9. Зрачковые изменения при спинной сухотке и прогрессивном параличе встречаются чаще и отличаются большей степенью нарушения, двусторонностью, неправильной (угловатость) формой зрачков и более резко выраженными количественными пупиллоскопическими показателями. Подобные зрачковые изменения зависят, повидимому, от давности заболевания и наводнения центральной нервной системы специфическими токсико-инфекционными агентами.

При табесе пупиллоскопия обнаруживает большие изменения, чем при прогрессивном параличе.

ЛЕЧЕНИЕ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕИ.

Г. С. Брайнина и Н. Б. Дукорский.

Из инфекционной клиники Белорусского мединститута (директор—проф. В. В. Космачевский).

Нельзя не согласиться с утверждением, что частота дизентерии в детском возрасте значительно выше, чем обычно думают, и что заболевание это значительно повышает процент детской смертности, особенно в летнее время.

Значение инфекционного момента в происхождении желудочно-кишечных заболеваний, особенно у детей раннего возраста, до самого последнего времени оценивалось недостаточно. Попытка подойти к изучению дизентерии с бактериологической точки зрения, несмотря на весь свой интерес, в настоящий момент является неоправданной. Значение бактериологического диагноза при дизентерии, безусловно, велико, но не исключает, а лишь дополняет клинический. Ионин полагает, что диференцировать дизентерию от колитов можно только на основании наличия слизисто-кровянистых испражнений. Давыдовский утверждает, что «дизентерия—понятие клинико-анатомическое, так как строго определенного возбудителя ее нет; болезнь вызывается целой группой дизентерийных бацилл, возглавляемой бациллами Шига-Крузе и включающей в свой состав расы Флекснера, Штронга, Гисса и другие, об'единяемые под общим названием бацилл псевдо—или парадизентерийных. Так или иначе дизентерия представляет собой своеобразный тип реакции организма в условиях достаточно разнообразной инфекции и интоксикации». Придерживаясь такой же точки зрения, наша клиника диагноз дизентерии ставит на основании, главным образом, клинических симптомов, хотя в части случаев они и не подтверждаются бактериологическими или серологическими данными.

Особенностью проявления дизентерии у детей грудного возраста, как известно, является значительно большее превалирование симптомов общей интоксикации организма над местными явлениями. «Особенность, свойственная детскому организму и при целом ряде других инфекций» (Сухарева). Кровь в кале у детей раннего возраста не может являться единственным диагностическим признаком. Нам нередко у этой группы больных приходится наблюдать случаи дизентерии, которые протекают по типу вульгарных диспепсий, с типичным диспептическим стулом, но которые

подтверждаются бактериологическими и патолого-анатомическими данными, что уже не раз отмечено было в литературе (Штейнберг, Фришман, Космачеcкий и др.). «Чем моложе ребенок, тем меньше он проявляет склонности к язвенному поражению кишечника» (Сухарева).

Гроссер настаивает, чтобы массовые заболевания диспепсией, в случае выделения дизентерийной палочки хотя бы у одного больного, рассматривались как дизентерийные. Такого же взгляда придерживаются и некоторые французские авторы (Дарре, Маршен). В Ленинграде дизентерийную палочку находили в 70% первичных инфекционных колитов (цитировано по Сухаревой).

Розенбаум выделял дизентерийные палочки в 45% детских поносов. По данным Мудрик, дизентерия в 1932 г. составляла 43%, в 1933 г.—49% всех острых кишечных заболеваний.

При дизентерии мы имеем дело с инфекционной интоксикацией, следствием чего является: расстройство пищеварения, нарушения интермедиарного обмена, сердечно-сосудистой деятельности разной степени, в зависимости от тяжести течения. Поэтому естественно применение разнообразных средств лечения, из которых наибольшее значение заслуживает специфическая терапия, как-то сыворотка и бактериофаг. Сывороточное лечение при дизентерии начали применять вскоре после открытия возбудителей в 1898 г. Шига и в 1899 г. Крузе. Многочисленные литературные данные как наших, так и иностранных авторов дают в общем положительную оценку этому методу.

За последние годы ряд авторов (Розенберг, Данилевич и др.) предлагают специфическое сывороточное лечение, указывая, что чем раньше вводится сыворотка, тем эффективность ее выше.

По вопросу о бактериофаготерапии дизентерии у детей раннего возраста еще не существует единого мнения, но число сторонников этого метода каждодневно увеличивается.

Д'Эррель, открывший бактериофаг, дает чрезвычайно благоприятный отзыв, считая его единственным средством при лечении бациллярной дизентерии. К таким же выводам приходит и Де Коста-Круц. Отто и Мутнер на взрослых, Девидсон на детях не могли подтвердить данные Д'Эрреля и Де Коста-Круц. У нас в Союзе впервые бактериофаг применили Ручковский и Мельник. Из 97 больных только у 4-х авторы получили неблагоприятный эффект. Такие же результаты отмечают Вишневецкий и Ручка. Ященко отмечает отсутствие действия бактериофага при тяжелой дизентерии с резко выраженным токсикозом. Дайхес, Родкина и Журахова, применявшие бактериофаг у 68 детей тяжелой и средней тяжести дизентерии, не получили никакой эффективности как в смысле улучшения явлений со стороны кишечника, так и общего состояния, по сравнению с контрольной группой, не получавшей бактериофаг.

Златогоров указывает, что бактериофаг может вызвать ухудшение общего состояния, так как лизис микробов от введенного фага освобождает эндотоксин и усиливает токсикоз. К таким же выводам приходят Пацхверова, Гармиза, Спицина и Голомб. Последний, учитывая возможность накопления большого количества эндотоксинов при фаготерапии, в части случаев вводил одновременно с фагом противодизентерийную сыворотку, рассчитывая на ее дезотоксирующее действие. Де Коста-Круц рекомендует в случаях дизентерии, вызванных палочкой Шига, одновременно с бактериофагом вводить и про-

тиводизентерийную сыворотку, исходя из тех соображений. что токсин палочки Шига не нейтрализуется бактериофагом.

Д'Эррель возражает против одновременного применения бактериофага и сыворотки в случаях дизентерии, вызванных палочкой Шига. Он считает, что сыворотку надо вводить в тех случаях, когда к моменту введения бактериофага имеются уже налицо резкие явления интоксикации (цитировано по Мельнику и Хвостович). Такого же мнения придерживается Космачевский.

Переходим к разбору нашего материала. Всего нами проведено 205 человек, из которых, как видно из таблицы, большинство больных (166) падает на возраст до 3-х лет (81%), что указывает на однородность возрастного состава.

Возраст	Пол		Общее количество	Исход	
	Муж.	Жен.		Смерт.	Выздоров.
До 1 года	39	32	71	8	63
От 1 до 3 лет	61	34	95	9	86
„ 3 „ 5	7	3	10	—	10
„ 5 „ 10	12	17	29	—	29
Всего . . .	119	86	205	17	188

При определении тяжести заболевания мы придерживались классификации Данилевича, деля их на легкие, средней тяжести и тяжелые. По тяжести течения мы имели 112 больных легкой формой и 93 тяжелой и средней тяжести.

Все больные, независимо от тяжести заболевания, в день поступления получали слабительные в виде касторового масла или Natr sulfuricum в дозах в зависимости от возраста, а через 9 часов водяной диэты, за три часа до еды—бактериофаг на содовой воде. Сыворотка вводилась одноразово в количествах 20.000—30.000 А. Е. В некоторых случая сыворотку приходилось вводить два-три раза, в зависимости от силы интоксикации. (Сыворотка изготовлялась Минским бактериологическим институтом).

При легких случаях дизентерии, когда налицо не было выраженных токсических явлений, назначались бактериофаг и слабительное. В тех же случаях, когда имелись явления выраженной интоксикации, к вышеуказанному лечению добавлялась сыворотка. В легких случаях сыворотка добавлялась в последующие дни лишь в случаях нарастания явлений интоксикации.

На слабительном и бактериофаге было проведено 112 человек. Уже на вторые—третьи сутки после дачи слабительного и бактериофага, исчезали тенезмы, исчезала кровь из стула и в течение 3—4 дней появлялся оформленный стул. Из этой группы умер один больной—от присоединившейся пневмонии.

На комбинированном лечении (слабительное, бактериофаг и сыворотка) было проведено 93 человека; из них с тяжелой формой дизентерии—18 человек, средней тяжести—55 человек, из которых значительный процент был на грани с тяжелой формой. Из этих 93 чело-

век 19 при поступлении были отнесены сначала к группе легких, но ввиду нарастания токсических явлений им пришлось ввести, спустя несколько дней пребывания в клинике, дополнительно сыворотку. В этой группе больных, проведенных на комбинированном лечении, значительную эффективность после введения сыворотки на вторые-третьи сутки мы наблюдали у 31 больного. Улучшение сказывалось как в уменьшении или исчезновении токсических явлений, так и в уменьшении числа испражнений с улучшением качества их. Более слабый эффект, т. е. улучшение к пятому дню болезни, мы отмечаем у 14 больных, а у 23 больных—улучшение к восьмому дню болезни и медленное выздоровление. 9 больных выписались с хорошим самочувствием, но неустойчивым стулом; 16 из этой группы—умерло.

Повторно сыворотку пришлось вводить 15 больным, три раза—6 больным и 5 раз—одному больному. Время введения сыворотки имеет большое значение в смысле ее эффективности. Из 68 больных, получивших сыворотку до пятого дня болезни, умерло 6, что составляет 8,83%. Из 25 больных, получивших сыворотку после пятого дня, умерло 10, что составляет 40%.

Из 93 человек, леченных комбинированным методом, умерло 16, что составляет 17,2%. Из этих 16-ти—6 человек умерло от присоединившейся пневмонии. По возрасту летальность распределяется следующим образом: до 1 года—7 человек, до 2 лет—9. Из наших данных видно, что самым уязвимым возрастом является ранний детский возраст—до 2 лет, что вполне соответствует литературным данным. Время поступления в клинику имеет большое значение в смысле результата лечения, так как позднее поступление дает большой процент смертности. В частности, у нас из 16 умерших—10 поступили позже пятого дня болезни.

Общая смертность на нашем материале составляет 8,3%.

По литературным данным, смертность от дизентерии среди детей раннего возраста значительно выше. Так, Пацхверова вычисляет ее до 1 года—в 43,4%, от 1 года до 3 лет—38,2% от 3 до 6 лет—24,4%, от 6 до 9 лет—19,3%. Гаврилов ставит ее в зависимость от дня поступления: до пятого дня—29,7%, после пятого дня—56,7%. По Пильцу—36%, Розенблюму—45%, Соколовой—от 38 до 54%. Ионин среднюю смертность до 3 лет определяет в 44%.

Наличие большого процента легких форм мы об'ясняем обязательной госпитализацией дизентерийных больных, которая была проведена в 1937 г. в Минске. Что касается сравнительно низкого процента смертности, который мы получили у 93 больных тяжелой и средней тяжести формы болезни (17,2%), то, нам думается, что это является результатом своевременного применения комбинированного метода лечения.

Ранняя госпитализация дает возможность поставить ребенка в правильные условия питания и режима. Исходя из нашего материала, мы можем присоединиться к мнению Мельника, Хвостович и Космачевского, что комбинирование антитоксической сыворотки с бактериофагом и слабительным является наиболее мощным средством, особенно в тяжелых случаях заболевания, когда резко выражен общий токсикоз.

Питание дизентерийных больных вообще и детского возраста, в частности, имеет большое значение, но, к сожалению, до сих пор нет единого мнения по этому вопросу, хотя в последнее время многие авторы все больше склоняются к тому, что питание детей больных

дизентерией, должно быть полноценным и разнообразным. При кормлении ребенка-колитика необходимо руководствоваться аппетитом ребенка, а не состоянием его стула (Сперанский).

При питании наших дизентерийных больных детей мы придерживались принципа раннего полноценного питания, с введением достаточного количества жидкости внутрь и подкожно, в зависимости от случая. При поступлении больного, обычно после дачи слабительного при явлениях интоксикации и частом стуле со слизью и кровью, назначался голод на 6—12 часов.

После водяной диэты в первый день пребывания в отделении назначалась следующая диэта: чай сладкий, кисель фруктовый, отвар рисовый, бульон мясной с сырым желтком. На второй день к этому прибавлялась манная каша на воде, мясной слизистый суп. На 3—4 день, в зависимости от возраста, добавлялись фрикадельки, творог тощий, яйцо всмятку, кофе со сливками, сухари, фруктовые соки, кисели; на 5—7 день картофельное пюре со сливочным маслом, творог со сметаной, молотая селедка. Коровье молоко в чистом виде не давалось. Дети, которые кормились грудью, оставались на грудном вскармливании.

При таком способе питания мы совершенно не имели истощенных больных и безбелковых отеков даже у тяжелых больных.

Выводы.

1. Ранняя госпитализация значительно уменьшает процент смертности.
2. Комбинированный метод лечения в тяжелых и средней тяжести случаях дизентерии у детей является лучшим.
3. Наибольший эффект от применения сыворотки получается при раннем ее введении—до пятого дня болезни. Позднее применение сыворотки при тяжелых токсических формах дает незначительный эффект.
4. Легкие случаи дизентерии дают хорошие результаты при лечении одним фагом и слабительными.
5. Дети, больные дизентерией, должны получать полноценную пищу, в которую входят все ингредиенты: углеводы, белки, жиры, витамины и соли.

Литература.

1. Наиц, Штейнберг. Сов. педиатрия, № 3, 1936.—2. Файнштейн. Лечение колитов у детей раннего возраста. Сов. педиатрия. № 3, 1936.—3. Усманский. О лечебном действии противодизентерийной сыворотки у детей. Сов. педиатрия, № 11, 1935.—4. Динерштейн. Вопросы обмена у дизентерийных больных. Педиатрия, № 10, 1937.—5. Сухарева. Дизентерия у детей раннего возраста. Сов. педиатрия, № 11, 1935. — 6. Гаврилов. Терапия острых колитов детского возраста. Сов. педиатрия, № 4, 1935. — 7. Ионин. Клиника дизентерии у детей раннего возраста. Педиатрия, № 5, 1935.—8. Балобан: Овощи в диэте дизентер. у детей раннего возраста. Педиатрия, № 4, 1935—9. Родкина, Дайхес, Жукова. Опыт применения бактер. при гемор. колит. в раннем детском возрасте. Сов. педиатрия. № 4, 1935.—10. Пацхверова. О лечении дизентерии у детей бактериофагом. Сов. педиатрия № 3, 1936.—11. Нечаева и Рабинович. Дизентерия у детей грудного возраста. Педиатрия №,—12. Гармиза и Спицина. Феномен бактериофагии у больных дизентерией детей грудного и раннего возраста. Педиатрия, № 4, 1937.—13. Данилевич. Дизентерия у детей. Монография. 1929.—14. Розенберг. Дизентерия. 1927.—15. Штейнберг. Дизентерия. Монография.—16. Фришман. Дизентерия. Монография.№17. Мельник, Хвостович. Лечение бактериофаг. дизентерии.—18. Космачевский. Лечение и питание больных бацил. дизентерией, Советская медицина № 6. 1937.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ВЕГЕТАТИВНЫХ АСИММЕТРИЯХ

Проф. А. Я. Фирзон и д-р Н. Г. Кантор

Из кафедры физиотерапии Белорусского мединститута (зав. кафедрой— проф. А. Я. Фирзон) и института физиатрии.

Роль вегетативной нервной системы в изменении состояния всего организма разрешает проблему части и целого в смысле выяснения вопроса о значении изменений вегетативных реакций в пораженной части, в системе целого организма. Вегетативные расстройства, наблюдаемые на любой стороне при поражении как центральной, так и периферической нервной системы, подвергались уже ряду исследований с количественной и качественной стороны, т. е. с точки зрения структурного анализа этих нарушений.

В настоящее время явилась необходимость параллельного исследования больной и здоровой стороны. Это дает возможность выявления патологии как изолированного поражения вегетативной нервной системы, так и изменения ее в связи с поражением цереброспинальной.

Мы занялись исследованием влияния физических методов на вегетативные асимметрии с целью выявить возможность адаптации функций в отдельных пораженных частях, либо во всем организме. Мы старались выяснить в нашей работе изменение состояния отдельных вегетативных аппаратов кожи под влиянием воздействия физических агентов при разных поражениях нервной системы. Для учета этих изменений были использованы колебания кожной температуры в условиях влияния различных физических раздражителей. Обследованию подвергнуто было 25 человек с различными поражениями нервной системы; у этих больных превалирующие изменения наблюдались на одной половине тела со стороны двигательной, чувствительной, либо вазомоторной сферы.

Теснейшая связь между анимальной и вегетативной нервной системами, с одной стороны, роль вегетативной нервной системы, как координационно-регуляторного аппарата, связывающего различные факторы в одно целое, с другой,—дают исключительную возможность для использования физических методов в случаях повреждения обеих систем, либо одной из них.

В вегетативной патологии о местных заболеваниях говорить трудно. Они являются общими. И местные поражения, а с ними и измененные вегетативные реакции есть лишь индикатор, местный акцент со стороны общего расстройства организма.

Ряд вегетативных рефлексов, вызываемых физическими агентами в порядке генерализованного рефлекса, дает отражения как на отдельных органах, системах их, так и на всем организме. Даже при ограниченном влиянии раздражителя можно при помощи тонких методов исследования обнаружить более или менее резкое изменение в отдаленных частях организма. Из всего нашего материала, основанного на 100 случаях заболевания различных отделов нервной системы (вегетативной нервной системы), наблюдению подвергались гемипарезы центрального характера, периферические невриты, органические поражения спинного мозга, подкорковые поражения и вегетативные неврозы. В связи с поражением тех или иных отделов вегетативной нервной системы и изменением вегетативных рефлексов, мы подробно останавливаемся на 25 случаях.

При исследовании больных обычными методами особое внимание было обращено на исследование динамики поверхностной кожной температуры на симметричных участках правой и левой половины тела под влиянием воздействия физических агентов. Мы пользовались для этой цели поверхностной термопарой, сконструированной ассистентом кафедры физики Белорусского мединститута Анисимовым. Термопара проверялась периодически в смысле сохранения постоянства градуировки. Терапия, которой мы пользовались, была местной, локальной и сегментарной. Учитывая изменения, полученные под влиянием воздействия физическими агентами при патологических отклонениях от нормальных взаимоотношений кожно-температурной топографии, мы основывались на литературных данных, приведенных в статье прив. доц. Л. Я. Шаргородского, и на данных, полученных нашими сотрудниками д-ром Горелик и д-ром Розовской при исследовании влияния теплых ванн на кривую поверхностной кожной температуры у практически здоровых людей.

Результаты исследования выявили в некоторых случаях интересные данные. Там, где до воздействия ванн асимметрия не обнаруживается, под влиянием ванн она в большинстве случаев выявляется, причем топографически характер изменений не всегда один и тот же на симметричных сторонах; чем ближе к норме, тем колебания температуры более однородны для соответственных симметричных точек. Интересно, что, по литературным данным, указанным в статье Шаргородского, и по другим данным, в нормальных условиях возможна некоторая разница в температуре в отдельных точках на симметричных сторонах на дистальных отделах конечностей. Наши случаи из группы поражения периферической нервной системы подвергались как общему лечению при местном одностороннем поражении, так и местному. С этой точки зрения представляют интерес следующие случаи:

Случай 1. Больная Э., 33 лет. Радикулит. Жалуется на боли в правой ноге и пояснице в течение нескольких лет; боли периодически обостряются, лишая тогда больную возможности свободно передвигаться. Бывают боли и в суставах верхних и нижних конечностей, также беспокоящие больную.

Об'ективное исследование обнаруживает болезненность при давлении в области люмбальных и верхних сакральных корешков, имеется симптом Лясега справа. Со стороны рефлекторной сферы—коленные и Ахилловы сохранены, чувствительность несколько снижена на правой ноге, по корешковому типу соответственно L_5. Рентгенограмма пояснично-крестцовой области, равно как и исследование области малого таза, отклонений от практической нормы не представляют. Ввиду наличия общих артритических явлений, назначены общие рассольные ванны типа Гауффе.

Проведено специальное исследование поверхностной кожной температуры в пяти точках, симметрично на обеих сторонах: в надключичной области, в подключичной ямке, на пояснице, передней поверхности бедра и наружной лодыжке. Исследование производилось до и после первой процедуры, до и после третьей и до и после пятой. Полученные нами цифры мы рассматривали не как абсолютные, а только с точки зрения динамики колебания температуры кожи на исследуемой территории.

В результате наших наблюдений выяснилось, что изменения температуры в исследуемых точках пораженной стороны чаще параллельны с изменениями температуры в этих же точках на симметричной стороне, тогда как колебания температуры кожи отдаленных от места поражения участков (реперкуссивных) неодинаковы на симметричных точках обеих сторон. Предел колебаний температуры непосредственно после процедуры доходит до 0,77° на пояснице и от 0,7 до 0,4—в над- и подключичной области. На пораженной стороне температура во всех точках повышалась к концу курса ванн.

Случай 2. Больная Р., 27 лет. Вазомоторный невроз. Жалобы на крапивницу сопровождающуюся сильным зудом и жжением на груди, на предплечьях обеих рук, резче выраженную обычно на правом предплечье с тыльной стороны. Больная в течение двух лет лечилась кальцием, который временами облегчал состояние, но через 3—4 месяца сыпь снова появилась. Сыпь особенно сильно беспокоит больную в предменструальные периоды. Замужем больная 2½ года, беременностей не было, в прошлом особых заболеваний не указывает. Был период, когда менструации отсутствовали по 2½ месяца, но под влиянием ин'екций фолликулина возобновлялись.

Об'ективно со стороны нервной системы определяются: ясно выраженная асимметрия лица, вся правая половина лица менее развита, чем левая, правая глазная щель уже левой. Со стороны двигательной сферы, рефлексов, чувствительности особых расстройств не наблюдается. Со стороны вегетативных рефлексов—рефлекторный красный дермографизм, резко выраженный, длительный, резкая потливость ладоней, живая игра вазомоторов на лице. Половая сфера уклонений не дает, моча—норма; исследование крови дает довольно большую эозинофилию (12). Для лечения дан гальванический воротник с кальцием—7 сеансов; после 4 сеанса появилась сыпь с сильным зудом, особенно резко выраженная на правом предплечье.

Исследована поверхностная кожная температура в точках на лбу, щеке, груди, на уровне $Д_4$, сгибательной и разгибательной стороне обоих предплечий и на сгибательной стороне голени. Колебания температуры особенно резко выражены справа на лбу, щеке и разгибательной стороне предплечья—от 2,0 до 0,4°; на левой стороне колебания меньше, характер их почти при всех измерениях один и тот же—температура падает; незначительные изменения на ногах в начале, к концу лечения выражены яснее—до 0,6° также в сторону снижения.

Интересно, что этой же больной после 7 гальванических воротников дана другая процедура: 4-камерная ванна по Гауффе с целью изменения периферического кровообращения с последующими гемодинамическими и нейрогуморальными сдвигами. Под влиянием ванн по Гауффе, которые больная легко переносила с очень хорошим длительным эффектом (до двух месяцев удалось наблюдать больную), колебания температуры выразились до 1,5° на лбу, щеке, меньше в области $Д_4$, а также на разгибательной стороне предплечья и к концу 7 сеанса до 0,9° на нижних конечностях.

Характерно, что обе процедуры к концу лечения резче выявили

разницу асимметрии на правой и левой сторонах, тогда как вначале она не была резко выражена в цифрах кожной температуры.

Случай 3. Больная Нина К., 11 лет. Последствия энцефалита. Заболела в апреле 1937 г. после перелома правого плеча, полученного при падении.

В анамнезе, по словам матери, в двухлетнем возрасте были «припадки» после приема сантонина, принятого для выведения глистов; был приступ с повышением температуры до 40° с запрокидыванием головы назад. Тогда, при исследовании спинномозговой жидкости воспалительных явлений не обнаружено. При об'ективном исследовании найдено: черепно-мозговые нервы в пределах нормы, легкие следы пареза нижней ветви правого лицевого нерва, об'ем движений правых конечностей ограничен, повышен тонус сгибателей правой руки и разгибателей правой ноги. Походка паретическая; поверхностная чувствительность понижена на всей правой половине тела, глубокая—в пределах нормы. Сухожильные рефлексы: коленные выше справа; из патологических—справа определяются симптом Бабинского, Оппенгейма,Россолимо и Гордона. Для лечения дан гальванический воротник—без особого улучшения.

Исследованию подвергались точки на лбу, груди, на уровне сосков, на тыле кисти, на передней поверхности голени и на тыле стопы. Колебания температуры от 0,6 до 0,8° менее резко на груди, резче несколько на верхней конечности и на лбу. К концу 7 сеанса разница между правой и левой стороной менее резкая на тыле стоп, тогда как на лбу она выявляется резче; то же надо сказать и о груди; на тыле стоп разница уменьшилась, как и на голени и кисти.

В ряде других наших случаев с вегетативной асимметрией, как при невритах лицевого нерва, мы также получали колебания кожной температуры под влиянием физических агентов. После ряда процедур наблюдалось сглаживание асимметрии, особенно в более свежих случаях; в хронических случаях с контрактурами сдвиги наблюдались, но асимметрия сглаживалась мало.

Интересны данные, полученные рядом сотрудников нашего института о влиянии физических агентов на дермографизм, кожную чувствительность (по методу Фрея), кровяное давление и орто- и клиностатические рефлексы при вегетативных асимметриях. Данные исследования показали, что в одних случаях асимметрия выравнивается, в других она выявляется под влиянием физических раздражителей, играя роль нагрузки для данного состояния вегетатики.

Физические раздражители, по нашим данным, действуют в одних случаях, как нагрузка, как «биологическая провокация» (Альперн), в других случаях, как торможение или даже паралич отдельных частей вегетативной нервной системы. Кроме работ проф. Альперна, в литературе имеется ряд исследований, указывающих на постоянное существование биохимической асимметрии при наличии вегетативной асимметрии. Последняя является результатом одновременного поражения вегетативной нервной системы и церебральных центров или цереброспинальных проводников и выражается в расстройстве кровообращения, ряде трофических расстройств, физико-химических изменениях с неправильным обменом и влиянием продуктов обмена местно на сосудистую систему.

В настоящей работе, как и в предыдущих наших работах (неопубликованных) по этому вопросу, мы старались выяснить возможность коррегирования данных расстройств действием физических агентов. Поверхностная кожная температура, зависящая от того или иного состояния вазомоторов, связанного с состоянием вегетативных центров, является очень удобным тестом; наш материал, обнимающий кожно-температурные асимметрии при центральных и периферич-

ских поражениях, указывает на возможность оказывать те или иные функциональные сдвиги в связи с изменением функционального состояния периферического субстрата; причем необходимо учитывать не только агент-раздражитель, но и силу и характер его действия (теории Введенского, Ухтомского). Таким образом, в ряде случаев нам удалось наметить адаптационное влияние физических агентов—раздражителей на кожно-температурные рецепторы при вегетативных асимметриях.

В нашем материале были как асимметрии врожденного характера, так и приобретенные в условиях той или иной патологии. Наконец, были случаи, в которых действием физических раздражителей мы выявили асимметрию, находившуюся в латентном состоянии.

Температура кожи, которая определяется состоянием сосудистой системы, тесно связана с симпатической (вегетативной) нервной системой, иннервирующей стенки сосудов. Исходя из предположения Орбели, что добавочная симпатическая иннервация рецепторных приборов может иметь значение аппарата, изменяющего возбудимость рецепторов, мы действием физических методов на кожные рецепторы вызываем комплексный сдвиг как рефлекторного характера в центрах, так и нейрогуморального порядка, подтверждая влияние автономной нервной системы адаптационного характера на периферические рецепторы.

Выводы.

1. При заболеваниях центральной нервной системы, протекающих по гемитипу, наряду с другими вегетативными асимметриями наблюдается и кожно-температурная асимметрия.

2. Влияние физических агентов-раздражителей при вегетативных асимметриях вызывает сдвиги со стороны поверхностной кожной температуры.

3. Сдвиги эти выражаются в сглаживании асимметрии в одних случаях и выявлении ее в других.

4. Физические раздражители для поверхностной кожной температуры играют роль нагрузки для выявления латентных асимметрий.

5. Физические методы лечения, применяемые при центральных и периферических поражениях нервной системы, в большинстве случаев регулируют кожно-температурную адаптацию как на пораженной, так и на здоровой стороне.

6. Изменения, вызываемые действием физических раздражителей, происходят в границах кожно-температурной топографии, не нарушая специфических температурных особенностей данного участка тела.

КАРТИНА КРОВИ ПРИ АВИТАМИНОЗЕ „С"

С. Д. Певзнер

Из 4-й терапевтической клиники Минского мединститута
(директор—проф. Б. И. Трусевич).

Анализ крови при авитаминозе «С» впервые произвел Арнольд (1843 г.). С морфологическими изменениями крови при авитаминозе «С» мы впервые встречаемся у Варда (1860 г.), затем этим вопросом занимались Григорьев, Стацевич, Веружский и Усков. За годы мировой войны Черноруцкий имел возможность наблюдать 4227 больных авитаминозом «С», однако гематологически обследовано было всего 115 человек и то не полностью. В настоящей работе мы даем обзор гематологических данных 20 больных, прошедших через нашу клинику в течение ряда прошлых лет.

Литературный материал по вопросу об изменении картины крови при авитаминозе «С» крайне скуден. Разные авторы приводят противоречивые данные относительно картины крови при авитаминозе «С». Так, например, Усков говорит о повышенном количестве лейкоцитов при авитаминозе «С», Бок отмечает падение количества лейкоцитов в крови при этой болезни.

Все 20 случаев заболеваний авитаминозом «С» нами подвергались всестороннему гематологическому исследованию. Изменение со стороны крови, исследованной в первые три дня после поступления больного в клинику, показывает во всех случаях анемию гипохромного типа. Количество гемоглобина доходит от 28 до 42% по гемометру Сали, а эритроцитов—от 2.750.000 до 1.750.000 в 1 мм ^{3} с цветным показателем во всех случаях меньшим единицы (табл. 1).

Как мы указали, литературные данные о количестве лейкоцитов при авитаминозе «С» разноречивы. Одни авторы говорят о лейкоцитозе при этой болезни, другие—о лейкопении или о нормальном количестве лейкоцитов. Такие разноречивые данные авторов объясняются вероятно различной тяжестью болезни и осложнениями.

Мы на нашем материале получили во всех случаях пониженное количество лейкоцитов—от 5600 до 4200. Наш материал не подтверждает также мнения ряда авторов об имеющемся, якобы, нейтрофилезе при авитаминозе «С», так как количество нейтрофилов в большинстве наших случаев оказалось нормальным. Отсутствие нейтрофилеза в наших случаях может быть объяснено тем, что все они протекали без осложнений, могущих дать нейтрофилез.

Что касается количества лимфоцитов, то, по нашим данным, оно также приближается к нормальным цифрам, колеблясь в пределах

29%. Таким образом, мы не можем подтвердить мнения Пулериц, Бухова и Гаусмана о наличии лимфоцитоза при авитаминозе «С». Количество эозинофилов во всех случаях оказалось нормальным— от 2 до 3% и количество моноцитов также остается нормальным— до 6%. Тромбопению мы наблюдали во всех наших случаях (тромбоцитов 30—40%). Часто мы наблюдали и гигантские тромбоциты.

Моровитц считает, что длительность кровотечения при авитаминозе «С» не представляет отклонения от нормы, и в этом отношении его мнение совпадает с нашими данными. Мы ни разу не наблюдали длительности кровотечения больше двух минут.

Свертываемость крови большей частью замедлена и находится в прямой зависимости от тяжести случаев: чем тяжелее протекает авитаминоз «С», тем резче выражено замедление свертываемости.

Разноречивые указания авторов относительно свертываемости крови следует, повидимому, объяснить тем, что не была учтена тяжесть обследованных случаев. Мы получили цифры свертываемости от 8 до 14 минут, при чем цифры 12, 13 и 14 соответствуют случаям с наиболее тяжелым клиническим течением (табл. 1).

При первом гематологическом исследовании в момент поступления больных с авитаминозом «С» в клинику количество ретикулоцитов во всех случаях было повышенное 13—38%. За время пребывания больного в клинике кривая ретикулоцитов то подымалась, то падала несколько раз, и особенно достигала своего под'ема, когда больной начинал поправляться (при исчезновении петехиальной сыпи). У некоторых больных ретикулоцитоз доходил в этот момент до 38%.

В затяжных случаях при авитаминозе «С», где наблюдалось вялое течение болезни и организм долго не поддавался лечению, количество ретикулоцитов держалось на более низких цифрах (10—12%), но ни в одном случае не падало до нормы.

В первые дни поступления больного в клинику РОЭ ускорена— от 40—50 до 70—80 мм в один час, в зависимости от тяжести случая. В дальнейшем по мере улучшения состояния больного РОЭ снижается, однако к норме не доходит даже к моменту выписки.

Приводим две таблицы, из коих в 1 приведена картина крови в первые дни поступления больных в клинику, а в 2—картина крови у тех же больных в период выписки из клиники.

Патологические изменения в крови мы обнаружили у трех больных с авитаминозом «С»: мегалобласты, мегалоциты и клетки Тюрка (присутствие клеток Тюрка в крови при авитаминозе «С» описано Тоцким во всех семи обследованных им в 1922 г. случаях).

У двух больных с низким процентом гемоглобина и большим ретикулоцитозом обнаружены нормобласты, резко выраженный анизопойкилоцитоз и полихромотофилия.

Табли

№№ п/п	№ истории болезни	НВ %	Эритроциты	Лейкоциты	Нейтрофилы %	Лимфоциты	Эозинофилы %
1	565	34	1850000	5200	66	27	2
2	596	30	2100000	4600	64	28	2
3	600	28	1950000	4800	67	27	3
4	601	42	2750000	5400	66	27	3
5	612	30	2050000	5600	70	25	—
6	618	42	2750000	5000	64	29	2
7	629	29	1950000	4200	65	28	3
8	634	31	2050000	5600	64	28	3
9	646	33	1950000	5200	67	29	—
10	647	30	2000000	4800	70	27	2
11	661	32	2100000	5200	70	24	3
12	662	30	1750000	4600	65	28	—
13	671	31	2050000	5000	66	26	3
14	679	28	1950000	4200	70	27	3
15	688	42	2250000	5600	64	29	2
16	695	31	1800000	5400	69	28	—
17	712	40	2400000	4800	70	23	3
18	692	29	1950000	5200	67	27	3
19	714	30	2750000	4800	70	28	2
20	725	27	1750000	4300	63	29	3

ц а 1

Моно-циты	Тромбо-циты ‰	Ретику-лоциты ‰	РОЭ мм	Длитель-ность кровотеч.	Свертывание	
					начало	конец
5	32	18	44	2	11	14
6	40	14	52	$1^1/_2$	7	9
3	30	38	65	$1^1/_2$	9	12
4	36	24	48	$2^1/_2$	7	10
5	42	39	42	2	9	11
5	40	18	38	$1^1/_2$	7	8
4	32	36	72	2	11	13
5	42	15	50	$1^1/_2$	8	10
4	31	38	41	$2^1/_2$	10	14
1	32	21	48	2	8	9
3	40	23	51	$1^1/_2$	8	10
6	34	38	80	2	11	14
5	33	20	69	2	7	8
—	38	16	72	2	11	13
5	39	14	23	$1^1/_2$	7	9
3	41	18	57	2	11	14
4	40	24	31	$1^1/_2$	8	10
2	31	29	71	$1^1/_2$	9	12
—	40	19	65	2	9	11
5	35	13	61	2	11	14

Т а б л и

№№ п/п	№ истории болезни	НВ %	Эритро- циты	Лейко- циты	Нейтро- филы	Лимфо- циты	Эозино- филы
1	565	70	3400000	6400	69	28	1
2	596	61	4100000	7200	67	29	—
3	600	63	3650000	5800	70	24	2
4	601	78	4200000	6600	71	25	2
5	612	70	4100000	6200	68	27	2
6	618	72	4050000	6000	67	27	2
7	629	68	3200000	8200	59	35	3
8	634	67	3900000	7000	68	24	3
9	646	70	4100000	7600	70	25	3
10	647	68	3800000	7200	71	23	2
11	661	67	3650000	6400	68	26	—
12	662	69	3900000	8000	72	26	2
13	671	65	3700000	6800	68	27	3
14	679	57	3100000	6400	70	27	3
15	688	70	4200000	7200	67	29	—
16	695	71	4050000	7400	59	34	3
17	699	67	3900000	6400	65	27	2
18	712	64	3600000	5400	69	26	3
19	714	73	4200000	6200	71	24	1
20	725	62	3500000	6400	70	29	1

ц а 2

Моноциты	Тромбоциты ‰	Ретикулоциты ‰	РОЭ	Длительность кровотечения	Свертывание	
					начало	конец
2	54	12	25	3	7	10
4	51	15	32	$2\frac{1}{2}$	5	7
4	48	13	19	2	6	8
2	50	10	47	3	5	6
4	42	52	18	2	7	9
4	48	16	27	2	5	8
3	46	14	36	$2\frac{1}{2}$	8	11
5	52	11	29	3	5	6
2	43	23	27	2	4	6
4	51	19	19	3	6	9
6	38	10	24	3	5	6
—	42	10	35	$2\frac{1}{2}$	7	10
2	53	12	21	$1\frac{1}{2}$	5	7
—	44	17	16	2	7	9
4	39	13	25	2	6	8
4	52	14	29	3	5	8
6	39	18	18	2	7	10
2	48	20	22	$1\frac{1}{2}$	7	9
4	52	11	31	$1\frac{1}{2}$	4	7
—	47	14	38	3	3	7

КЛИНИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ О СИМПАТИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ГЛАЗ *)

Доцент С. Н. Купреев

Из глазной клиники Минского мединститута
(директор—проф. М. А. Дворжец).

В нашем клиническом материале за 12 лет (1923—1934 гг.) имелось 30 случаев симпатического воспаления, из них 16 случаев у мужчин и 14—у женщин.

Одной из наиболее частых причин с. в. являются прободающие ранения глаз. Так, в нашем материале из 30 случаев симпатизирующего воспаления в 18 случаях причиной их возникновения явились прободающие ранения глаз, что составляет 60%. Эта цифра совпадает и со статистическими данными Беллинзона, по которым она равна 62%. Из 18 случаев прободающих ранений 10 случаев, по нашему материалу, падает на ранения в области цилиарного тела непосредственно или распространялось на его область с роговицы или склеры; 8 случаев имелись вне цилиарного тела, из них 5—роговицы и 3—склеры.

Второй по частоте причиной симпатизирующего воспаления глаз, по нашим материалам, явились прободения роговицы при язвах ее (ползучая язва роговицы). Таких случаев у нас имелось 7.

Из операционных ранений глаза, послуживших причиной возникновения с. в., среди нашего материала за все 12 лет не наблюдалось ни одного случая. Имелся один случай развития с. в. при наличии меланосаркомы сосудистой оболочки в симпатизирующем глазу с травматическим рецидивирующим иридоциклитом при Тп=35 мм. Этот случай интересен тем, что меланосаркома была обнаружена только после энуклеации глаза, на котором имелось заращение зрачка (occlusio pupillae). В 4 случаях причины симпатизирующего воспаления глаз нам в точности неизвестны. Это были случаи атрофии глазного яблока с диффузным помутнением роговицы и зарощением зрачка невыясненного происхождения.

Небезынтересны данные о состоянии симпатизирующего глаза в период наблюдения нами с. в. на другом глазу. В 20 случаях симпатизирующий глаз находился в состоянии атрофии, причем в 10 из них он находился в спокойном состоянии и в 10—в состоянии атрофии или фтизиса dolorosa. В 7 случаях симпатизирующий глаз имел

*) Для краткости симпатическое воспаление будет обозначаться буквами с. в.

leucoma corneae adhaerens, из них только в 2 случаях имелся иридоциклит во время поступления в клинику. В 3 случаях симпатизирующие глаза имели корнеосклеральные рубцы, а в период наблюдения с. в. на другом глазу, в 2 случаях из них отмечены иридоциклиты. Таким образом, из 30 случаев симпатизирующего воспаления глаз 16 находились в спокойном состоянии и 14—в состоянии иридоциклита в момент наблюдения с. в. на другом глазу. Надо также отметить, что среди 16 случаев спокойного состояния симпатизирующих глаз к моменту наблюдения с. в. на другом глазу в половине случаев больные при расспросе отмечали периодическую болезненность с незначительным покраснением симпатизирующих глаз незадолго до первых признаков появления болезненных симптомов на другом, до того здоровом, глазу.

В функциональном отношении из 30 симпатизирующих глаз 28 имели полную потерю зрения и 2 глаза сохранили зрение (0,3 и 0,8). Причем в начале лечения 22 симпатизирующих глаза были немедленно энуклеированы и в одном случае энуклеация была произведена за год до появления с. в. на другом глазу. Последнее обстоятельство допускает одну возможность об'яснения возникновения с. в. на другом глазу—это оставление при энуклеации кусочка склеры вместе с сосудистой оболочкой вокруг зрительного нерва в полости орбиты.

По данным нашего материала, промежуток времени между заболеванием одного глаза и появлением первых признаков с. в. на другом глазу крайне разнообразен. По литературным статистическим обзорам, наиболее часто встречающийся промежуток времени между заболеваниями обоих глаз определяется большинством авторов первым годом (Ширмер). Наши данные не совпадают с этим сроком. Так, нами отмечено 12 случаев с. в., появившегося на первом году с момента заболевания первого глаза, что составляет всего 40%. Причем из 12 случаев 5 падает на срок от 4 недель до 2 месяцев, а 5 случаев—от 2 месяцев до 6 месяцев и 2—от 6 месяцев до года. По исследованиям Ширмера и других минимальный срок между заболеваниями обоих глаз устанавливается в 14 дней; нами такой короткий промежуток времени ни разу не был отмечен. Промежуток времени между заболеваниями обоих глаз от 1 года до 5 лет у нас был отмечен в 6 случаях, от 6 до 10 лет—в 3 случаях, от 16 до 20—в 4 случаях и 1 случай с промежутком в 34 года. Все наши продолжительные сроки между заболеваниями обоих глаз вовсе не противоречат литературным данным, которых в виде отдельных сообщений накопилось к настоящему времени достаточно много. В этих данных приведены максимальные сроки для развития с. в. на другом глазу. Так, длительные промежутки между заболеваниями обоих глаз описаны Ширмером (15 л.), Ложечниковым (20 л.), Фуксом (24 г.), Грандлемау (30 л.); Зульцер приводит промежуток между заболеваниями обоих глаз в 37 лет, Филатов—40 л., Викс—42 г., Беллинзон—43 г. и Роклиф—50 л.

Несомненно, к случаям слишком позднего появления с. в. надо относиться критически. Можно впасть в ошибку и посчитать всякое заболевание иридоциклитом второго глаза за с. в., если первично пораженный глаз представляет атрофию после травмы. И наоборот, Фуксом (1909) описан случай, где первично пораженный фтизичный глаз, в течение 24 лет не проявляя никакого раздражения, вызвал

с. в. другого глаза, а после энуклеации в нем микроскопически было установлено симпатизирующее воспаление. Отсюда вывод, что продолжительность истекшего времени после травмы первого глаза не является гарантией от заболевания с. в. второго глаза.

Срок наблюдения над клиническим течением с. в. мы имели: от 1 до 2 месяцев—над 6 случаями, от 2 до 3 месяцев—над 5 случаями, от 3 до 6 месяцев—над 9 случаями, от 6 месяцев до 1 года—над 5 случаями и свыше 1 года—над 5 случаями. По клиническим формам с. в. наш материал распределяется следующим образом. Серозная форма увеита нами отмечена в 14 случаях, пластическая форма увеита—в 10 случаях и смешанная серозно-пластическая форма—в 6 случаях. Таким образом, на более легкую серозную форму с. в. приходится 10 случаев, а на более тяжелую—пластическую—20 случаев.

Прогноз с. в. глаз в прежнее время был чрезвычайно плох; дело кончалось почти во всех случаях полной слепотой, излечение наступало в виде редкого исключения. В настоящее время прогноз считается более благоприятным и некоторыми авторами хороший исход определяется в 25% случаев и более, что об'ясняется лучшими способами лечения. Однако, не нужно переоценивать большой процент благоприятных исходов с. в., если они основываются на кратковременных наблюдениях. По нашему материалу высокий процент хороших исходов с. в. и получился именно потому, что срок наблюдения у нас был, в большинстве случаев, слишком недостаточным. Так, наши наблюдения в течение от 1 месяца до 1 года обнимают 25 случаев с. в., а свыше года—всего 5 случаев.

Как известно, с. в. дает рецидивы даже после нескольких лет. Ширмер считает глаз уже спасенным тогда, когда он остается спокойным, без малейших воспалительных припадков, по крайней мере, в течение года. По нашему материалу, исход заболевания с. в. при выписке из клиники определяется нижеследующей остротой зрения. При наиболее легкой форме с. в.—серозном увеите острота зрения отмечена от 0,6 до 1,0 в 6 случаях, а от 0,1 до 0,5—в 8 случаях. При более тяжелой форме с. в.—пластическом увеите—исход оказался значительно хуже: острота зрения от 0,6 до 1,0 не отмечена ни разу, от 0,1 до 0,5—отмечена всего в 2 случаях, в пределах от 0,01 до 0,09—в 2 случаях и в преобладающем большинстве, т. е. в 6 случаях, острота зрения оказалась равной светоощущению ($\frac{1}{\infty}$), или, говоря практическим языком, зрение было утеряно. Несколько промежуточный результат исхода с. в. для остроты зрения при выписке из клиники занимают случаи смешанной формы с. в.—с серозно-пластическим увеитом. При смешанной форме с. в. острота зрения от 0,6 до 1,0 отмечена в 2 случаях, от 0,1 до 0,5—в 2 случаях и от 0,01 до 0,09—тоже в 2 случаях.

Таким образом, на нашем материале мы получили чрезвычайно благоприятный исход с. в. при выписке из клиники: в 6 случаях отмечена потеря зрения только до светоощущения и в 24 случаях острота зрения сохранилась от 0,01 до 1,0, что составляет 80% против 25% по другим авторам. Это безусловно не значит, что полученный нами исход заболевания является конечным результатом. Но, тем не менее, он свидетельствует о возможности, при помощи хотя бы и симптоматического лечения, удерживать остроту зрения в большинстве случаев от полной его потери на протяжении более или

менее продолжительного времени. Из наиболее продолжительных сроков наблюдения над с. в. мы имели всего 5 случаев: в одном из них в течение 4 лет болезни острота зрения сохранилась до 0,4, в другом—в течение 2 лет до 1,0 и в третьем—в течение 3 лет наблюдения острота зрения тоже сохранилась до 1,0. Только эти 3 случая мы и вправе считать с некоторой достоверностью вполне излеченными. Что касается двух остальных случаев с длительным сроком наблюдения, то нам приходится отметить у них очень печальные результаты. Так, у одного больного на протяжении 1 года 10 мес., несмотря на все наши лечебные мероприятия, острота зрения с 0,07 упала до светоощущения, а у другого на протяжении $4^1/_2$ лет—с 1,0 до 0.

Кроме помутнения в стекловидном теле, которое в большей или меньшей степени наблюдается при всех формах с. в., нами еще отмечены сопровождающие это воспаление осложнения, усугублявшие падение зрения или частично, или до полной его потери. Так, в 8 случаях нами отмечена вторичная глаукома, в 6 случаях, наоборот,—гипотония глаза, в 5 случаях—полное заращение зрачка (occlusio pupillae) и в 4 случаях—круговое приращение зрачкового края радужки к капсуле хрусталика (seclusio pupillae).

Нами патолого-анатомически исследовано 10 энуклеированных глаз по поводу симпатизирующего воспаления при наличии клинического диагноза с. в. на другом глазу; из них 4 случая на почве перенесенной ранее прободной язвы роговицы (ползучая язва роговицы) и 6 случаев—на почве прободных ранений глаза. Во всех случаях при патолого-анатомическом исследовании энуклеированных глаз подтвердился наш клинический диагноз с. в. на другом глазу. При просмотре окрашенных срезов каждого препарата, в 9 случаях обнаружено типичное по своей микроскопической картине симпатизирующее воспаление в энуклеированных глазах и только в одном из наших случаев при патолого-анатомическом исследовании энуклеированного глаза типичного симпатизирующего воспаления не обнаружено. В этом глазу обнаружена меланосаркома хориоидеи и отмечены гистологически изменения глаукоматозного характера. Из признаков, напоминающих в данном случае симпатизирующее воспаление, можно отметить в хориоидее только изредка попадающиеся очаги круглоклеточной инфильтрации вокруг сосудов. Преимущественно же встречаются очаги сплошного прорастания хориоидеи новообразованной соединительной тканью через всю ее толщу. В некоторых местах на внутренней поверхности хориоидеи имеются очаги уже организованной соединительной ткани, которые в отдельных местах сравнительно далеко прорастают в стекловидное тело, разрушая на своем пути пигментный эпителий сетчатки. Клинически у больного диагносцировалось с. в. на другом глазу в виде легкой формы серозного увеита. Меллер на основании своих патолого-анатомических исследований указывает, что при явном с. в. на втором глазу—в первом в 4% случаев не обнаруживается симпатизирующее воспаление.

Наши клинические диагнозы с. в. базировались на тщательном обследовании леченных нами больных. Каждому больному производились реакция Вассермана и Манту или Пирке для исключения воспаления сосудистого тракта глаз на почве сифилиса или туберкулеза. Кроме того, все наши больные подвергались всестороннему исследованию в отношении исключения других этиологических моментов,

могущих вызвать воспаление сосудистого тракта глаз серозного или пластического характера.

На основании нашего материала подтверждается тот факт, что клинический диагноз симпатизирующего воспаления можно предположительно ожидать в тех случаях прободных ранений глаза, где вслед за ранением развивается хронический серозный или пластический увеит с появлением признаков гипотонии глаза и атрофии его. Такие случаи требуют немедленной профилактической энуклеации раненого глаза для предупреждения развития с. в. на другом глазу.

Последнее мероприятие становится особенно понятным и целесообразным на основании нижеследующих фактов из нашего материала. Так, зрение, например, сохранилось только у двух наших больных на симпатизирующих глазах, а у 28 больных имелась полная потеря его. Далее, в 22 случаях с. в. из общего числа 30 мы немедленно при поступлении больных в клинику произвели им энуклеацию симпатизирующих глаз уже при развившемся с. в. на другом глазу. Это запоздалое мероприятие, как известно, не оказывает уже благоприятного воздействия на развившееся с. в. на другом глазу. Бесспорно, лучше было бы энуклеировать эти глаза своевременно и тем предупредить с. в. на втором глазу. Мы же получили при сравнительно непродолжительном сроке наблюдения над нашими больными в 6 случаях полную слепоту. В дальнейшем сохранение зрения у наших больных является также малонадежным, так как с. в. свойственно периодически давать рецидивы и постепенно сводить оставшееся зрение до нуля.

Согласно обзорным литературным данным Ширмера, с. в. ведет к слепоте в 75% всех случаев. Вот почему всегда следует, как правило, прибегать к профилактической энуклеации слепых глаз, подозрительных в смысле возбуждения с. в., чтобы не подвергать больных риску остаться совершенно слепыми. Наиболее верным сроком энуклеации глаза являются первые 14 дней с момента его заболевания, так как ранее этого срока патолого-анатомически никогда не было найдено в нем симпатизирующее воспаление. Клинически на основании многочисленных наблюдений также известно, что с. в. на другом глазу не появлялось раньше двухнедельного срока с момента заболевания первого глаза. Более поздние сроки энуклеации опасны тем, что уже развившееся инфекционное начало с. в. проникает в ток крови и сможет впоследствии вызвать с. в. на другом глазу после энуклеации первого глаза.

Кроме приведенных случаев, нами исследовано патолого-анатомически еще 5 глаз, энуклеированных через 2—6 недель после прободных ранений с явлениями травматических иридоциклитов. В одном из них обнаружено микроскопически симпатизирующее воспаление, которое развилось в течение месяца с момента ранения, но пока еще не успело вызвать с. в. на другом глазу.

На нашем материале мы имели 18 случаев с. в. на почве бывших прободных ранений глаза, что составляет к 192 случаям всех прободных ранений 9%. Большинство авторов определяет частоту с. в. на почве прободных ранений глаза в 1—3% всех таких ранений, а потому наши 9% являются чрезвычайно большой цифрой. Прободные язвы роговицы, по нашему материалу, в 7 случаях явились причиной, вызвавшей с. в. на другом глазу, что составляет на 537 слу-

чаев всех ползучих язв роговицы за те же 12 лет 1,3%. Таким образом, и после прободных язв роговицы, при полной утрате зрения, следует также прибегать к профилактической энуклеации атрофичных глаз, особенно если в них от поры до времени наблюдаются цилиарные боли.

Частота с. в. среди всех наших глазных больных не так уж велика. Так, за 12 лет (1923—1934 гг.) мы имели 30 случаев с. в. на 66166 первичных амбулаторных больных, что составляет 0,05%. Из-за отсутствия в литературе более новых статистических данных, приводим для сравнения несколько устарелые литературные источники о частоте с. в. Так, у Моорена (1882) на 108416 глазных больных было 146 случаев с. в., т. е. 0,134%, у Беккера (1888) на 12365 больных—18 случаев, т. е. 0,15%, у Кона (1897) на 58481 больного—79 случаев, т. е. 0,135%. Таким образом, с. в. у нас среди всех глазных больных, по нашим материалам, наблюдается в два раза реже по сравнению с данными вышеприведенных авторов.

Выводы.

1. Клинический диагноз симпатизирующего воспаления можно предположительно поставить в тех случаях прободных ранений глаз или прободных язв роговицы, где вслед за ранением или язвой развивается хронический серозный или чаще пластический увеит с появлением признаков гипотонии глаза и атрофии его.

2. Наиболее частой причиной с. в. являются прободные ранения глаза. В нашем материале они составляют 60% всех случаев.

3. Прободные ранения глаз, по нашему материалу, в 9% всех случаев вызывают с. в. на другом глазу.

4. Второй по частоте причиной с. в. являются прободения роговицы при язвах ее. Они составляют в нашем материале 23,3% всех случаев.

5. Прободные язвы роговицы, по нашему материалу, в 1,3% всех случаев осложняются симпатизирующим воспалением.

6. Единственной гарантией (на нынешнем уровне наших знаний) для предупреждения с. в. на другом глазу является своевременная профилактическая энуклеация ослепших глаз с хроническим иридоциклитом на почве прободных ранений или прободных язв роговицы.

7. Частота с. в. среди всех наших глазных больных составляет 0,05%.

8. Патолого-анатомическое исследование первого глаза, при нахождении в нем характерных изменений для симпатизирующего воспаления, делает клинический диагноз с. в. другого глаза безусловно верным.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 5—6 1939 г.

ЛЕТНИЕ ПОНОСЫ ПО МАТЕРИАЛАМ УЧАСТКА № 1 БАЗОВОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ № 3 Г. МИНСКА

Л. Г. Сироткина и Л. С. Николаева

Из института Охматдета НКЗдрава БССР (директор—д-р Вовшина, научный руководитель—проф. Леонов и главврач консультации—Аронзон).

Победа социализма в нашей стране, высоко поднявшееся благосостояние и культурный уровень народа, большая работа советского здравоохранения также в области охраны материнства и детства—дали резкое снижение общей детской заболеваемости и смертности, а в частности смертности от летних поносов.

Но несмотря на эти огромные достижения, смертность от летних поносов все еще занимает одно из первых мест среди причин детской смертности. Поэтому борьбу с летними поносами органы здравоохранения ставят в качестве одной из актуальных задач Охматдета. Наибольший процент заболеваемости падает на май—сентябрь. Этот летне-осенний период является самым угрожаемым в отношении заболеваемости и смертности от желудочно-кишечных заболеваний.

Как была организована борьба с летними поносами в консультации № 3?

Опыт показал, что вполне здоровые дети (эйтрофики) заболеваниям летними поносами подвержены в меньшей степени, чем дети с неполноценным здоровьем (дистрофики, гипотрофики, атрофики, рахитики, перенесшие желудочно-кишечные заболевания и т. д.). Эти дети и были взяты на особый учет в отношении врачебного наблюдения и усиления патронажного обслуживания.

Причиной неполноценного здоровья детей являются: искусственное вскармливание, нерациональная методика вскармливания, несоответствие требованиям гигиены и санитарии в уходе за ребенком и т. д. Эти причины обусловливаются в значительной степени недостаточной санитарно-просветительной работой консультаций. Отсюда вытекает, что в борьбе с летними поносами большое место должна занять санкультурная работа.

В первую очередь были взяты на учет все эти группы детей. Одновременно были проведены занятия с патронажными сестрами. Им давалась точная установка,—на какие моменты в быту должно быть обращено сугубое внимание, каковы причины летних поносов, каковы меры борьбы с ними.

В консультации была организована выставка по борьбе с летними

поносами, проводились беседы с родителями как индивидуальные, так и групповые, в консультации и на участке. Широко распространялись листовки по борьбе с летними поносами и популярные брошюры.

Работу по борьбе с летними поносами начинали проводить с марта. По разработанному материалу участка № 1 имеются следующие данные.

С мая по сентябрь на учете состояло 300 детей. Возрастной состав и состояние питания были таковы:

Таблица 1

Состояние питания	Возрастной состав						
	0—3 мес.	3—6 мес.	6—9 мес.	9 мес.— 1 год	Выше года	Всего	%
Эйтрофики . .	79	52	19	9	53	212	71
Дистрофики . .	6	4	11	10	57	88	29
Всего	85	56	30	19	110	300	100

32,6% детей находились в состоянии дистрофии; самый большой процент дистрофии падает на возраст после года. В отношении характера вскармливания наших детей мы имеем следующие данные:

Таблица 2

Возраст	Характер вскармливания				
	Естественное	Искусственное	Смешанное	Грудное с прикормом	Общий стол
До 6 мес.	113	—	28	—	—
От 6 до 9 мес. .	—	3	—	27	—
От 9 мес. до 1 года	—	—	—	19	—
Выше года . . .	—	—	—	15	95

Из этой таблицы видно, что в возрастной группе до 6 месяцев 113 детей (80,1%) находились на естественном вскармливании, 28 детей (19,9%)—на смешанном; в возрастной группе от 6 месяцев до 1 года из 49 детей только 3 детей на искусственном вскармливании (в группе детей от 6—9 мес.), а 46 детей (93,8%) имели грудь с прикормом; в возрастной группе от 1 года до 2 лет из 110 детей 15 (13,6%) получали грудь с прикормом. Все эти данные подчеркивают всю важность и необходимость грудного вскармливания в этих двух возрастных группах. Одновременно они показывают, что борьба за грудное вскармливание и пропаганда его стоят еще не на должной высоте.

300 детей в течение лета посетили консультацию 1401 раз; до трех раз посетили консультацию 153 ребенка, до 5 раз—58, до 7 раз—46, до 10 раз—22, до 14 раз—9. Свыше 14 раз—13 детей.

Количество посещений и возрастной состав иллюстрируется следующей таблицей:

Таблица 3

	Возрастной состав				
	0—3 мес	3—6 мес.	6—9 мес.	9—12 мес.	Выше года
Количество детей	85	56	30	19	110
Количество посещений	525	280	148	82	360
Индекс	6,2	5	4,9	4,3	3,32

В это количество детей, посетивших консультацию, входят не только здоровые дети, но и больные. Если же мы количество посещений разобьем на консультативные и на посещения больными, то получим следующие данные:

Таблица 4

	Возрастной состав				
	0—3 мес.	3—6 мес.	6—9 мес.	9 мес.— 1 год	1—3 гола
Консультатив. к-во детей . .	56	28	10	9	85
Посещений . . .	289	100	28	23	222
Индекс	5,1	3,57	2,8	2,5	2,6
Больных детей .	29	28	20	10	24
Посещений . . .	236	180	120	59	144
Индекс	8	6,4	6,0	5,9	4,8

Таким образом, мы видим, что индекс посещений здоровыми детьми по каждой возрастной группе недостаточно высок; в течение летнего времени эти дети недостаточно интенсивно посещали консультацию.

За период с мая по сентябрь из общего количества детей 110 (36,6%) болели поносами, причем эти 110 детей дали 144 заболевания, так как 30 детей болели от 2—4 раз. По своему характеру эти заболевания распределяются следующим образом: диспепсией— 107 (из них токсических—5, колитов—37). Возрастной состав заболевших: 0—3 мес.—29 детей, 3—6 мес.—28, 6—9 мес.—20, 9 мес.— 1 год—10, выше года—23.

По возрастным группам 144 заболевания распределяются следующим образом: 0—3 мес.—32 заболевания, 3—6 мес.—36, 6—9 мес.— 23, 9 мес.—1 года—13, выше года—40 заболеваний.

Таким образом, большой процент заболеваний падает на возраст до одного года, на первые 3 квартала его. Возраст после года также дает высокий процент заболеваемости, и особенно важно отметить, что самый большой индекс заболеваемости дают именно дети старше одного года: 24 ребенка дали 40 заболеваний.

Эти данные лишний раз подчеркивают, что все возрастные

группы раннего детского возраста должны быть взяты под усиленное наблюдение в течение летнего периода. Недостаточно высокий индекс посещаемости всех возрастных групп (табл. 4) говорит о том, что консультация должна усилить работу в этом направлении. Более интенсивное посещение консультаций детьми в летнее время безусловно окажет влияние и на снижение заболеваемости.

Процент заболеваемости меньше всего у детей, находящихся на естественном вскармливании, самый большой—падает на детей дистрофиков. Заболеваемость по месяцам с мая по сентябрь видна из следующей таблицы:

Таблица 5

Возрастные группы	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь
0—3 мес.	3	6	8	8	7
3—6 „	1	8	12	12	3
6—9 „	3	7	8	5	—
9 мес.—1 год . .	3	5	2	2	1
Выше года . . .	10	8	4	16	2
Всего . . .	21 (13,8%)	34 (23,6%)	34 (23,6%)	43 (29,9%)	13 (9,1%)

Из таблицы видно, что кривая заболеваемости, давая резкое повышение в июне, оставаясь без изменений в июле, дает повышение в августе, а затем резкое снижение в сентябре. Процент заболеваемости в мае (13,8) достаточно высок.

В отношении форм заболевания по месяцам мы имеем следующие данные:

Таблица 6

Формы заболевания	Месяцы				
	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь
Диспепсия . . .	18	28	27	24	10
Колит	2	6	7	19	3

Таким образом, повышение заболеваемости в августе шло за счет колитов.

Из 110 детей, перенесших желудочно-кишечные заболевания за период май—сентябрь, у 102 детей (92,7%) мы имели: рахит—37 детей, проявления экссудативного диатеза—21, рахит и проявления экссудативного диатеза—44.

Подводя итоги, мы можем сказать, что в большинстве случаев среди больных детей были дети дистрофики, рахитики, экссудатики—на смешанном и искусственном вскармливании. Заболевания за период май—сентябрь наблюдались во всех возрастных группах. Самый большой индекс заболеваемости дает возрастная группа

детей старше одного года. Большой процент заболеваемости диспепсией падает на июнь, июль и август; количество заболеваний колитом возрастает в августе, в то время как число диспепсий к этому месяцу падает, хотя и незначительно. Среди больных детей не наблюдалось ни одного смертного случая.

Выводы.

1. Организация борьбы с летними поносами должна являться ударной задачей консультации. Профилактическая работа консультации в борьбе за здорового ребенка, широко проводимая в течение круглого года, будет способствовать снижению детских поносов.

2. В центре внимания профилактической работы должна стать пропаганда грудного вскармливания (большой процент детей в возрасте до 6 месяцев на смешанном вскармливании указывает, что пропаганда грудного вскармливания не занимает пока должного места в работе консультации), борьба с дистрофиями, с рахитом путем рационального вскармливания с достаточным количеством витаминов. Кроме того, должны быть широко и рационально использованы все физические факторы (свежий воздух, вода) и специально кварцевание, начиная с конца сентября.

3. Под особое наблюдение на летний период должны быть взяты дети и старше одного года (дистрофики, перенесшие желудочно-кишечные заболевания, ослабленные перенесенными инфекционными заболеваниями, рахитики).

4. Индекс посещений здоровыми детьми во всех возрастных группах недостаточно высок. Консультации необходимо усилить работу в этом направлении, доведя число посещений за летний период детей, взятых под особое наблюдение, до одного раза в декаду в возрастной группе до 6 месяцев и один раз в 14 дней—в возрастной группе свыше 6 месяцев.

РОЛЬ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОЧАГОВ ПРИ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Е. А. Розенгауз

Из 2-й терапевтической клиники Минского мединститута
(директор—академик Ф. О. Гаусман).

При постановке диагноза врачи в своей практике еще мало обращают внимания на связь ряда заболеваний с болезнью зубов, хотя в нашей литературе эта связь достаточно освещена. Проблема орального сепсиса в патогенезе некоторых заболеваний выдвинута еще Гюришем, а затем и Песслером.

Учению о ротовой инфекции уделено особенное внимание в работах наших стоматологических клиник Энтина и Лукомского, а также американской клиникой Розенова. В результате научной дискуссии, завязавшейся вокруг учения об «оральном сепсисе», следует считать установленным, что первичные очаги, как гранулема верхушки корня или парадентальные процессы, суб'ективно большей частью ничем не проявляющиеся, могут вызвать как септицемию, так и вторичные очаги септической инфекции в близлежащих и в более отдаленных органах и тканях. Септицемия и вторичные фокальные изменения с болевыми или температурными симптомами заставляют больного искать врачебной помощи уже не у одонтолога, а у врача по внутренним, нервным и другим болезням.

Для иллюстрации привожу два случая орального сепсиса. В нашей клинике уже в течение целого ряда лет занимаются этим вопросом; при разных заболеваниях, сопровождающихся гипертермией, были обнаружены первичные очаги в зубах, после удаления которых наступало выздоровление.

Случай 1. Больной Л, районный врач, 35 лет (история болезни № 16), поступил в клинику 5/I—1937 с жалобами на приступы ознобов и лихорадочное состояние на протяжении месяца. Заболел 2/XII-1936, температура была 37,4°. Появились поносы (раз двенадцать в сутки), кал жидкий, через три дня в кале была примесь алой крови. Температура постепенно нарастала и доходила до 39°. 14/XII вечером появился озноб; в дальнейшем ознобы повторялись через неопределенные промежутки (2—3—4 дня). 27/XII поносы совершенно прекратились, ознобы же участились, повторялись почти ежедневно и даже 2—3 раза в день. Температура все время высокая. Больной был доставлен в клинику с диагнозом малярия.

Из заболеваний в прошлом отмечает в 1934 г. дизентерию, в 1924 г.—туберкулез легких. Со стороны наследственности: у матери и сестры туберкулез легких.

Status praesens. Больной крупного, крепкого телосложения. Кожа чистая,

сыпи нет. Со стороны суставов и мускулатуры имеется болезненность икроножных мышц обеих ног и правого коленного сустава. Сердце—в пределах нормы. Легкие—перкуторно легочной звук только справа, сзади у угла лопатки—приглушение перкуторного звука. Аускультативно — всюду везикулярное дыхание; хрипы нигде не выслушивались, даже в области приглушения звука их не было. При исследовании брюшной полости отклонений от нормы не обнаружено; печень и селезенка не увеличены в об'еме.

Кровь: Н—81%; er.—4.650.000, Fi—0,89, L—7.600, РОЭ—40 мм в час. Формула: с.—48%, п.—4%, л.—46%, м.—1%, э.—1%. В мазке крови плазмодии не обнаружены.

В моче реакция на уробилин *) резко положительная как во время повышения температуры, так и в периоды апирексии. Это заставило нас усомниться в правильности диагноза малярии, с которым больной прибыл в клинику.

Ф. О. Гаусманом в свое время установлено, что уробилин бывает при острой, нехронической малярии только во время приступа, а в периоды апирексии он отсутствует, между тем, как при сепсисе уробилин обнаруживается также во время апирексии **).

При исследовании крови плазмодии не были обнаружены. Потрясающие ознобы, которые мы наблюдали у больного, несвойственны и острому ревматизму, а говорят за сепсис. И действительно, посев крови дал рост стафилококка. Назначенный внутрь стрептоцид улучшения не дал, ознобы продолжали ежедневно повторяться. Надо было искать источник септического заболевания. Полость рта: суб'ективных жалоб нет; слизистая полости рта без изменений; нижний правый второй моляр запломбирован, а верхний правый первый моляр кариозный, но не беспокоит больного.

19/I больной был направлен в стоматологическую клинику. На рентгеновском снимке было обнаружено: в области периапикальной ткани у верхушки корня верхнего правого первого моляра гранулирующий периапикальный очаг.

20/I этот зуб был удален, на верхушке его корня имелась гранулема. Посев, сделанный в бактериологическом кабинете нашей клиники, из содержимого гранулемы на бульоне дал рост стафилококка.

На следующий же день, 21/I, температура стала нормальной и оставалась нормальной в последующие дни, ознобы прекратились. Через 5 дней больной выписался домой совершенно здоровым. В день выписки в моче уробилина было в первой порции только следы, а в другой порции не было. Кровь: Нв—72%; Er—4.300.000, Fi—0,84, L—7.000; РОЭ—25 мм в час. Формула: с.—59%, п.—2%, л.—37%, э.—2%. Посев крови, сделанный 29/I не дал роста стафилококка.

Через три месяца Л. явился в клинику. Чувствует себя он хорошо, вполне работоспособен все время с тех пор, как выписался из клиники.

Случай 2. Больной К., 25 лет (история болезни № 1007), поступил в клинику 3/VII-1937 с жалобами на периодические под'емы температуры и боли в области левого подреберья. Заболел за две недели до поступления в клинику: был озноб, температура высокая. Врач приписал ему аспирин, который он и принимал до 6 порошков в день. Температура у него снижалась с тем, чтобы через день опять повыситься.

Со стороны наследственности у него ничего не отмечено. В семье все здоровы. Родился здоровым ребенком, рос и развивался нормально. Из заболеваний в прошлом отмечает в детстве корь, на 7-м году перенес сыпной тиф. Работать начал с 10 лет и всегда чувствовал себя здоровым и бодрым. Год тому назад заразился гонорреей. Проделал курс лечения в кожно-венерическом диспансере, после чего ему разрешили жениться.

Со стороны костно-связочного аппарата никаких изменений не обнаружено, кроме плоскостопия на обеих ногах, больше на левой. Сердце и легкие в пределах нормы. Органы брюшной полости: болезненность при поколачивании по левой реберной дуге. Перкуторно и пальпаторно селезенка увеличена, нижний

---

*) Определение уробилина в моче по Гаусману: к 20 см³ мочи в пробирке прибавляется 20—30 капель 10-процентного раствора сернокислой меди, 2—3 капли HCl и 2—3 см³ хлороформа. Заткнув большим пальцем пробирку, зажатую в кулак, производим вытяжку путем пронациосупинаторных движений кисти до 20 раз для взбалтывания. При наличии уробилина — хлороформ окрашивается в желтый, оранжевый и розоватый цвет.

**) Ф. О. Гаусман «Семиотика уробилинурии при внутренних и хирургических болезнях». Врачебное дело, 1926, № 10—13.

край ее хорошо прощупывается на 2½ см ниже реберной дуги, слегка уплотнен, болезненен.

В моче реакция на уробилин положительная, других патологических изменений в моче нет. В крови: Нв—75%, Er.—3.850 000, Fi—0,99, L—7.600; РОЭ—38 мм в час. Лейкоцитарная формула: с.—41%, п.—10%. л.—42%, м—7%, э—О. В. мазке крови обнаружено plasmodium vivax.

Поставили диагноз малярии и стали лечить хинином. Эффект был хороший, к 1/IX его должны были выписать из клиники. Нас удивляло, что уробилин в моче при многократном исследовании был обнаружен в течение всего времени его пребывания в клинике как во время повышения температуры, так и в периоды апирексии. Постоянство уробилина заставило нас задуматься, нет ли, кроме малярии, еще септического заболевания. И действительно, утром 28.VIII появился озноб и гипертермия. Посев крови теперь дал рост стафилококка. Назначен колларгол интравенозно. Температура стала нормальной после многократного введения 0,5—1 см³ однопроцентного раствора.

2/X больной был выписан домой и приступил к работе. Через две недели у него появились боли сначала в пояснице, затем в обоих голеностопных суставах. Суставы стали припухать. Работу пришлось оставить. Боли в пояснице все усиливались, и больной лег в постель из-за резких болей в области позвоночника. Температуру не измерял. Так как в анамнезе имелась гонорея, районный врач направил его в кожно-венерическую клинику, но оттуда его перевели к нам с диагнозом полиартрит.

При обследовании больного обнаружено было: температура—37,5°, на ногах не мог стоять. Оба голеностопные сустава были припухшими, болезненными. Пассивные и активные движения в них были резко ограничены. Легкое надавливание и поколачивание на остистые отростки позвонков $Д_{10}$—L_2 вызывало резкую боль. Назначенные внутрь салицилаты по 8 раз в день: Natr. salicyl. Nat bicarba а 1,0—в течение 14 дней эффекта никакого не дали. Посев крови опять дал рост стафилококка. Назначенное внутривенное введение колларгола как и во время первого пребывания в клинике и затем внутрь стрептоцид не только не дали улучшения, но наоборот—явления стали нарастать.

Кроме того, появилась резкая болезненность, припухлость и полная неподвижность левого лучезапястного сустава. На рентгеновском снимке позвонков, произведенном в боковом направлении, обнаружен был на задней поверхности тела десятого грудного позвонка выраженный очаг разрежения. На снимках обоих голеностопных и левого лучезапястного суставов изменений не обнаружено. Реакция крови на Борде—Жангу (на гонорею)—отрицательна. Посев крови вторично дал рост стафилококка. Температура все время субфебрильная.

Во время обхода акад. Гаусман высказал предположение, что речь идет о фокальном сепсисе и предложил сделать рентгеновский снимок зубов. Полость рта: жалоб никаких нет; зубы все в порядке—верхние левые первый и второй моляры запломбированы; на верхнем левом клыке, первом и втором бикуспидатах—мостовидный протез.

15/I больного направили в стоматологическую клинику. На рентгеновском снимке верхних левых первого и второго моляра обнаружен был гранулирующий периапикальный процесс.



19/I эти зубы были экстрагированы. На небном корне первого моляра имелась гранулема. Небный корень второго моляра был резорбирован. Посев из содержимого гранулемы первого моляра и из соскоба купола альвеолы его дал рост стафилококка и стрептококка. Посев из апикальной части корней второго моляра дал рост стафилококка, а из соскоба альвеолы этого зуба дал рост вульгарного стафилококка.

19/I через 4 часа после удаления зубов температура поднялась до 37,8°; боли в суставах, особенно в левом лучезапястном, обострились.

20/I чувствовал себя лучше, температура—N. Продолжал принимать только стрептоцид внутрь. Состояние больного постепенно улучшалось.

11/II выписался домой со значительным улучшением. Осталась незначительная болезненность в поясничной области, а также небольшая припухлость всех трех суставов. Ходил (раньше с постели не вставал), но ступал не всей ступней левой ноги, возможно, из-за резко выраженного плоскостопия. Направлен в ортопедическую клинику для назначения соответствующей обуви.

Посев крови, взятой в день выписки, теперь стерилен. РОЭ—53 мм в час. В моче следы уробилина.

Больной был проверен через два месяца—восстановление его работоспособности продвигается медленно. После значительного первоначального улучшения наступило некоторое ухудшение—небольшая припухлость и болезненность суставов; работать вследствие этого больной не может. Он направлен на грязелечение. Больной пробыл 6 недель на грязелечении на одном из одесских лиманов и там избавился от артритических явлений. Едва ли грязелечение дало бы такие результаты, если бы предварительно не были удалены зубы.

Во втором случае у больного К. зубы (первый и второй моляр) были запломбированы 2 года тому назад и не беспокоили его. Однако, состояние корней, как надо полагать, не было доведено до полного асептического состояния. Бактерии, имея здесь благоприятную среду—органические остатки пульпы, размножаются и через foramen apicale поступают в периапикальную ткань. На такое постоянное поступление болезнетворных агентов соединительнотканные клетки периодонта отвечают размножением—образованием гранулемы.

Чаще встречаются гранулемы на нелеченных зубах или корнях, как мы имеем в первом случае—у больного Л.

Гранулема, образовавшаяся на корне, является как бы естественной преградой для дальнейшего проникновения бактерий из инфицированного канала в организм. Но барьерная функция такой гранулемы может быть нарушена,—тогда бактерии и продукты их жизнедеятельности получают свободный доступ в ток крови и лимфы. У больного Л. после удаления зуба, на верхушке корня которого была гранулема, все явления септицемии были ликвидированы. Что касается больного К., то у него генерализованная из первичного очага инфекция успела дать вторичные септические очаги (явления со стороны позвонков и суставов). Эти вторичные очаги, потеряв связь с первоисточником, превратились сами в болезнетворные фокусы. Вот почему эффект после удаления у него зубов получился не сразу, как у больного Л.

Выводы.

1. Описанные случаи лишний раз подчеркивают значение орального сепсиса в патогенезе и лечении некоторых заболеваний организма. Исключительно важно своевременно установить эту связь и принять соответствующие меры, т. е. устранить первичный септический очаг. В первом случае заблаговременное обнаружение и удале-

ние зуба дало хороший эффект, и была восстановлена работоспособность. Во втором случае зубы были удалены слишком поздно; после первоначального значительного улучшения наступило некоторое ухудшение; восстановление работоспособности его продвигается медленнее.

2. Важно исследовать мочу на уробилин как во время приступа температуры, так и в периоды апирексии, как это делается в нашей клинике. Постоянство уробилина в моче должно ставить под сомнение острую малярию и навести мысль на необходимость сделать посев крови, как было сделано в обоих наших случаях.

3. Задача советской стоматологии—широкое внедрение в массы трудящихся и врачей значения профилактики полости рта и зубов.

4. Задачей наших клиник является восстановление работоспособности трудящихся. В этом отношении заблаговременное выявление септического характера заболевания и затем обнаружение того фокуса, который вызвал септическое заболевание, имеет первенствующее значение,—в частности, обнаружение орального фокуса в виде гранулемы зуба с помощью рентгенографии.

ЛЕЧЕНИЕ АНГИН СТРЕПТОЦИДОМ *)

Л. С. Кавалерчик

Из N-ского лазарета войск НКВД

Тонзиллярной проблемой, в частности хроническими тонзиллитами, в настоящее время интересуется большинство клиник нашего Союза, но, к сожалению, острыми тонзиллитами очень мало занимаются. В ото-ларингологических клиниках и в отделениях крупных больниц мы очень редко можем встретить ангинозных больных. Основная масса больных, страдающих ангинами, пользуется амбулаторной помощью, но не всегда у ларинголога и чаще помощью на дому.

Военно-санитарные лечебные учреждения госпитализируют почти всех ангинозных больных и производят обычно все необходимые исследования. Вот почему мы и решили поделиться нашими наблюдениями.

Уменьшение дней нетрудоспособности при ангинах имеет большое значение, ибо оно содействует скорейшему возвращению нашим фабрикам, заводам и колхозным полям огромного количества рабочих рук. Уменьшение же дней нетрудоспособности в рядах РККА должно вести к еще большей ее обороноспособности.

Как известно, ангины большей частью начинаются с высокой температуры, достигающей до 40° и больше. При отсутствии осложнений, на 3—5 день наступает литическое падение температуры и исчезновение всех местных явлений. В. И. Воячек говорит, что «симптомы при фолликулярной ангине нарастают, достигая апогея в течение 2—3 дней, и также быстро стихают, так что все заболевание тянется по большей части не более одной недели».

Что касается лечения ангин, то по сей день существует определенная группа медикаментов и процедур. К ним относятся полоскания: борная кислота, бура, шалфей, ромашка, перекись водорода, бертолетовая соль, бензойный натр, марганцово-кислый калий; внутрь—аспирин, фенацетин, салициловый натр с коффеином и др.; местно—грелки, согревающие компрессы.

Не только в провинциальных, но нередко в университетских городах, и не только фельдшерами, врачами, а подчас и высококвалифицированными ларингологами до сих пор рекомендуются при ангинах смазывания миндалин иод-глицерином, таннин-глицерином,

*) Доложено на заседании ОРЛ научного общества 15 января 1938 г., в Минске

раствором (3—4%) ляписа и т. п., что безусловно еще больше раздражает воспаленную ткань.

Альбрехт для прекращения и уменьшения сильных болей при глотании рекомендует внутривенные вливания атофанила. А. Кник против болей советует глотание кусочков льда, но из-за боязни «больше простудить» вряд ли это имеет широкое применение. Рекомендуемое применение салициловых препаратов в больших дозах вызывает сильное потение, снижение температуры, но безусловно понижает иммуно-биологические свойства организма в борьбе с инфекцией. О нецелесообразности применения жаропонижающих препаратов говорит в своем руководстве и С. М. Бурак.

В оценке применяемых медикаментов для полосканий имеются разноречивые данные авторов. Некоторые полоскания загрязняют глотку (шалфей, ромашка), другие разрушают эмаль зубов (alumen, alumno), третьи—ядовиты (бертолетовая соль), а четвертые повидимому совсем не оказывают действия (1 столовая ложка перекиси водорода на стакан воды). Назначения перечисленных общепринятых лечебных средств, как говорит В. И. Воячек , «по существу мало отражаются на ходе процесса и служат скорее для успокоения совести врача».

В «Советском врачебном журнале» (№ 10, 1937 г.) появилась работа С. Д. Носова—«О лечении рожи стрептоцидом». Автор применял стрептоцид у 80 рожистых больных с положительным терапевтическим эффектом, без каких-либо побочных явлений. Вначале им применялся стрептоцид интравенозно (0,25%), но, не получив положительного результата, он начал применять стрептоцид per o и при посредстве клизм (1% раствор водной взвеси). Автор указывает на случай, когда у годовалого ребенка, получившего стрептоцид в виде клизмы, отмечено выведение калом нерастворенного стрептоцида и моча была не окрашена (обычно моча через полчаса после приема стрептоцида окрашивается в темнокоричневый цвет, о чем следует предупреждать больных), а рожистый процесс и общее состояние ребенка ухудшилось. Лишь после назначения стрептоцида внутрь получился терапевтический эффект.

В «Клинической медицине» (№ 6, 1937) напечатана работа П. И. Юркевича—«Лечение рожи стрептоцидом». Автор испытал стрептоцид на 507 рожистых больных с хорошим терапевтическим эффектом и отмечает купирующее действие на рожистое заболевание. Причем он также указывает на безвредность стрептоцида, если его применять непрерывно 2—3 недели.

В ото-ларингологической клинике Минского мединститута стрептоцид применяется с успехом при септических явлениях отогенного происхождения.

Клинические и экспериментальные наблюдения показали,—пишут Давыдов и Брайловский,—«что стрептоцид по своим фармакологическим свойствам является препаратом, обладающим специфическим хемо-терапевтическим действием на стрептококковую инфекцию бактериемического или септического характера и в то же время в соответственной дозировке, безвредным для организма. Действие стрептоцида проявляется in vivo". Механизм действия стрептоцида до сих пор еще не установлен.

Смородинцев и Быченкова в своей экспериментальной работе о действии стрептоцида на стрептококковые процессы у белых мышей указывают, что лечебный эффект стрептоцида значительно усту-

пает профилактическому и что действие стрептоцида зависит от срока введения его.

Эффективное лечение стрептоцидом рожистых больных толкнуло мою мысль на применение стрептоцида при ангинах, учитывая аналогичность этиологического фактора (стрептококк). Стрептоцид per os по 0,3, вначале по 3, а впоследствии по 5 порошков-таблеток в день применен у 63 стационарных больных, без одновременного применения общепринятых перечисленных выше медикаментов. Некоторым больным, по их просьбе, давалось полоскание слабым раствором борной кислоты или кипяченой водой, после приема пищи, конечно, не расчитывая на какой-нибудь эффект. На болезненные подчелюстные железы на ночь не всегда ставились высокие согревающие компрессы.

Большое внимание уделялось состоянию желудочно-кишечного тракта. У всех больных при поступлении и в последующие 2—3 дня исследовалась моча, кровь (количество лейкоцитов, формула и РОЭ).

Почти все больные поступали в 1—2 день заболевания и для применения стрептоцида при ангинах (катар., фоллик, лакун.) случаи мною не подбирались. В значительной части случаев, стрептоцид назначался вновь поступившим больным дежурными врачами, еще до моего осмотра их.

В результате, в тех случаях, где исследования флоры зева давали наличие стрептококка, температура критически падала на первый день приема стрептоцида. Одновременно с падением температуры на другой день резко уменьшалось количество лейкоцитов, лимфоцитов и падало РОЭ, заметно уменьшались местные явления и улучшалось общее состояние и самочувствие больных (выравнивался пульс, появлялся аппетит и т. д.).

В случаях смешанного возбудителя (стрепто-стафиллококк) указанные выше улучшения наступали на 2—3 день приема стрептоцида. В двух случаях на второй день в моче обнаружены единичные эритроциты, которые в последующие дни исчезли. В трех случаях стрептококковой ангины, одновременно с приемом стрептоцида per os, мною назначалось полоскание раствором стрептоцида (¼%) и в двух случаях—легкое туширование миндалин тем же раствором. Температура критически снизилась на следующий день. В дальнейшем, полоскание из-за порчи белья и белой мебели (желтые пятна) нами оставлено.

Три случая начинающейся флегмонозной ангины, поступившие на 2—3 день болезни, лечились стрептоцидом и аутогемотерапией по 10,0 ежедневно. Выздоровление наступило на 5—6 день болезни, без абсцесса. В двух случаях поступивших с уже абсцедирующими явлениями как стрептоцид, так и аутогемотерапия эффекта не дали. В случаях же, где стрептоцид применялся на 3—4 день болезни, заметного эффекта я не получил.

Для иллюстрации привожу кратко несколько историй болезни.

И-о А. С., шофер (история болезни № 455) страдает ежемесячно ангинами 15/V-1937 заболел фоллик. ангиной и на дому лечился салициловым натром, полосканием и согреват. компрессами. Через 4 дня выздоровление.

21/V, т. е. через 2 дня, поступил в окр. лазарет с повторной фоллик. ангиной. Прием трех таблеток стрептоцида оборвали температуру в первый день болезни. С тех пор больной находится под моим наблюдением и ангинами до сих пор не болел.

П-в В. Ф., красноармеец (история болезни № 1080) 1/XI-1937 заболел анги-

ной и был помещен в лазарет своей части. Лечился общепринятыми средствами. 4/XII снова заболело горло и повторно помещен в свой лазарет.

5/XII больной в общем тяжелом состоянии, с септическими явлениями (поты, ознобы, пальпаторно и перкуторно увеличена селезенка—д-р. Чернова) при температуре 40,8 переведен в окр. лазарет. В зеве явления катар. ангины. Больному назначен стрептоцид, 6. XII утром температура 38,1, вечером 36,6, а в последующие дни температура норма. 10/XII селезенка не прощупывается. Общее состояние хорошее.

Наряду с больными, леченными стрептоцидом, другая группа ангинозных больных—77 (из коих 67 случаев наблюдались в лазарете Н-ской части НКВД) в тот же период времени (одинаковая вирулентность возбудителя) лечилась общепринятыми способами и медикаментами. Разбирая истории болезни этой группы больных, следует отметить, что температура в большинстве держалась 4—5 дней, а в 7 случаях—7—8 дней. Из этой же группы больных мы имели 5 случаев осложнений нефрозонефритом и 2 острых случая полиартрита в то время, как у больных, леченных стрептоцидом, осложнений не наблюдалось.

Выводы

1. Стрептоцид per os, при стрептококковых ангинах дает критическое падение температуры, резкое уменьшение количества лейкоцитов и лимфоцитов, падение РОЭ и значительное улучшение общего состояния, при заметном уменьшении местных явлений уже на 1—2 день болезни.

2. При смешанном возбудителе (стрепто-стафилококк) вышеуказанные явления наблюдались на 2—3 день болезни.

3. Лучший эффект получен при одновременном применении стрептоцида с полосканием раствором его или легким тушированием миндалин.

4. Чем раньше применять стрептоцид, тем эффективнее результат.

5. При начинающихся флегмонозных ангинах применение стрептоцида с одновременной аутогемотерапией дает хороший терапевтический эффект.

6. При абсцедирующих ангинах как стрептоцид, так и аутогемотерапия эффекта не дает.

7. При лечении ангин стрептоцидом сокращается срок потери трудодней.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 5—6 1939 г.

ЛЕЧЕНИЕ МУЖСКОЙ И ЖЕНСКОЙ ГОНОРРЕИ КРАСНЫМ СТРЕПТОЦИДОМ

Доц. Б. С. Ябленик и ассистенты Б. Г. Островский, А. Е. Роз гауз, Н. Я. Энтин

Из кожно-венерической клиники Минского мединститута (директор—проф. А. Я. Прокопчук) и Белорусского кожно-венерического института (директор—Е. С. Певзнер, научный консультант—проф. А. Я. Прокопчук).

Для лечения гонорреи мужчин и женщин мы испытали препарат «Красный стрептоцид». Он аналогичен немецкому пронтозилу и французскому рубиазолу.

Экспериментальными работами (Домак, Смородинцев и Быченкова) доказано, что стрептоцид обладает могущественным избирательным действием при стрептококковых инфекциях. Домак указывает, что пронтозил, как хемотерапевтический препарат, действует только в живом организме, in vitro на различные бактериальные культуры он не действует.

Совместно с зав. бактериологической лабораторией д-ром Б. И. Эльперин мы проверили действие стрептоцида на культуры гонококков. В пробирках были приготовлены разведения стрептоцида в физиологическом растворе 1 : 500, 1 : 1000, 1 : 2000, 1 : 3000, 1 : 4000, 1 : 5000, 1 : 10.000, 1 : 20.000 и для контроля—физиологический раствор по 1 см^3. Из суточной культуры гонококка путем смывания физиологическим раствором мы приготовили эмульсию по стандарту в один миллиард. Из этой гонококковой эмульсии внесли в пробирки с различными разведениями стрептоцида и с контролем одинаковые количества культуры.

Затем произвели высевы из пробирок на асцит-агар и для контроля—на простой агар через 5 минут, 10 минут, 20 минут, 30 минут, 3 часа, 5 часов, 24 часа и 48 часов. Все высевы на простой агар роста не дали.

По нашим данным, стрептоцид даже в разведении 1 : 500 в течение 24 часов воздействия не убивает гонококков. Через 48 часов высевы из разведений 1 : 4000, 1 : 10000 и контроля дали рост Грам плюс диплококки. Высевы через 48 часов из остальных разведений не дали роста ни гонококков, ни Грам положительных диплококков.

Такие же Грам плюс диплококки, сильно разбухшие, мы встречали наряду с типичными гонококками при микроскопировании препаратов из различных высевов. Особенно много Грам плюс диплококков было при высевах со слабых концентраций стрептоцида. Повидимому, стрептоцид действует на физико-химические свойства гонококков;

некоторые из них разбухают и меняют свое отношение к окраске по Граму. Вопрос об изменении тинкториальных свойств гонококков под влиянием стрептоцида требует дальнейшего изучения.

На основании произведенных нами опытов можно сделать вывод, что стрептоцид, очевидно, не обладает бактерицидными свойствами по отношению к гонококкам.

Стрептоцид представляет собой хлоргидрат—4-сульфонамид—2-4—диамидоазобензол, в виде кристаллического порошка красного цвета. Растворяется в холодной воде до ¼%. (В теплой воде растворимость стрептоцида несколько выше).

Препарат выделяется из организма с мочей через 30—60 минут после приема peros. Моча окрашивается в вишнево-красный цвет. Окраска исчезает через сутки после прекращения приема стрептоцида

Мы применяли стрептоцид внутрь вначале по 0,9 г, а затем увеличили дозировку до 1,8—2,0 г в день. Некоторые больные получали препарат в течении 3—4 недель.

Из побочных действий стрептоцида мы наблюдали два случая уртикариоподобного дерматита, сопровождавшегося сильным зудом, и несколько случаев легких диспептических расстройств. Klee и Röme также наблюдали при внутреннем употреблении пронтозила легкое расстройство со стороны желудочно-кишечного тракта.

В Англии испытания препарата были поручены химикам, физиологам и клиницистам. Авторы дают высокую оценку пронтозилу. Из побочных действий препарата авторы наблюдали в единичных случаях явления преходящего раздражения мочевых путей, в нескольких случаях сульфогемоглобинемию с цианозом без одышки. Цианоз прошел без последствий.

Некоторые авторы (Пребстич, Якобсон, Klee и Römer) указывают, что при длительном применении стрептоцида появляется бледно-желтоватая окраска кожи, которая быстро проходит после прекращения приема препарата. Touraine, Durel и Baudouin в декабре 1937 г. доложили на заседании французского дерматологического и сифилидологического общества о трех случаях из литературы и об одном личном наблюдении агранулоцитоза после применения для лечения гонорреи французского препарата пара-амино-фенил-сульфамида (1162F) Больные получали до 60 г препарата, суточная доза—до 3 г. Авторы делают вывод, что препарат 1162F нужно применять в дозе 2 г в день в течени 10—14 дней плюс промывания по Janet. Meyer-Heine и Hugeuenin наблюдали при лечении рожи хлоргидратом сульфамидо-хризоидина скарлатиноформенную эритему и гнойную экзему. Дозировка была до 2 г в день.

Пронтозил и его производное подверглись многочисленным клиническим испытаниям в различных странах, главным образом, при стрептококковых инфекциях.

Becker указывает, что пронтозил не влияет на течение мужской, женской, детской гонорреи и их осложнений. Препарат оказывает хорошее действие при циститах и пиэлоциститах стафилококковой или колибациллярной этиологии.

Гофман применял стрептоцид для лечения циститов и пиэлитов у 61 больной женщины; доза 0,3—3 раза в день перед едой. 8 больных циститом лечились промываниями мочевого пузыря плюс стрептоцид внутрь, 37 больных—только стрептоцидом. Результат

одинаковый. Лечение циститов сокращается в 2,6 раза. Пиэлитов проведено 16, стрептоцид применялся внутривенно. Пиэлиты излечивались в четыре раза быстрее, чем при обычном лечении.

Schreus применял пронтозил при лечении гонорреи и получил незначительный эффект. Herrold u Russell испытали при лечении гонорреи сульфамлумид. Авторы получили хороший эффект в хронических и подострых случаях, хуже—в случаях острой гонорреи. Инфекции мочевого пузыря и вышележащих мочевых путей хорошо поддавались лечению сульфамлумидом. Авторы советуют быть осторожным в дозировке в амбулаторной практике, так как переносимость препарата индивидуально различна. Janet применил с успехом для лечения гонорройных и негонорройных уретритов препарат «сульфамид» (1399). Автор приходит к выводу, что для лечения уретритов необходимо применять малые дозы сульфамида внутрь в комбинации с промываниями. Доза не больше 2,0 в день.

Durel применял амино-фенил-сульфамид (1162 F) для лечения гонорреи. Доза 3—4 г в день. Автор провел 33 больных с острым гонорройным уретритом и получил хороший результат. Моча очищалась чрезвычайно быстро.

Lardat применил препарат 1162 F для лечения гонорройного уретрита. Автор наблюдал излечение в 5 случаях из 7 при одном внутреннем применении препарата в срок до трех недель. При применении 1162 F плюс большие промывания, трое больных из пяти излечились в 20 дней и один больной—в 25 дней. Доза в среднем—3 г в день.

Нами всего проведено 114 больных гонорреей, из них мужчин—74, женщин—40. Всех наших больных можно разделить на 7 групп.

Первая группа—острый гонорройный уретрит мужчин. Проведено 34 больных.

В 10 случаях мы применили водный раствор стрептоцида в концентрации (1 : 8000) для промываний уретры по Janet и, кроме того, давали стрептоцид внутрь по 0,3 четыре—пять раз в день. В двух случаях получился удовлетворительный эффект: один больной выздоровел в 26 дней, другой в 30 дней.

В 8 случаях после нескольких промываний стрептоцидом мы вынуждены были начать промывание марганцево-кислым калием, в виду усиления гнойного отделяемого из уретры.

Так как местное лечение уретры стрептоцидом не давало благоприятного эффекта, то мы в 24 случаях провели комбинированное лечение промываниями марганцево-кислым калием по Janet плюс стрептоцид внутрь.

В 12 случаях мы благоприятного эффекта не наблюдали. Больные излечивались в тот же срок, что и при обычном лечении острого гонорройного уретрита. Правда, течение процесса было более легкое, отделяемое из уретры исчезало быстрее.

В 12 случаях мы можем отметить определенный благоприятный эффект при таком комбинированном лечении. Больные излечились в сроки от 16 до 30 дней; в одном случае лечение было закончено в 37 дней.

По нашим наблюдениям стрептоцид очень хорошо действует при явлениях заднего уретрита: быстро просветляется вторая порция мочи, проходят дизурические явления.

Для иллюстрации приводим выдержку из одной истории болезни.

Больной Ш., 23 лет, (история болезни № 1167), явился на амбулаторный прием 7/VIII-1937 с жалобой на выделения из мочеиспускательного канала и незначительную резь при мочеиспускании. Последнее половое сношение—2/VIII.

Гонорреей не болел. Status praesens. Слизисто-гнойное отделяемое из уретры. Первая порция мочи мутна, вторая порция — чиста. В отделяемом из уретры найдены гонококки. Диагноз: острый гонорройный уретрит. Назначено промывание по Janet плюс стрептоцид внутрь по 0,3 пять раз в день.

10/VIII отделяемое из уретры уменьшилось. Первая порция мочи слегка мутна, вторая—чиста.

15/VIII наружное отверстие склеивается, слизистое отделяемое из уретры Первая порция мочи прозрачна с гнойными нитями, вторая порция—чиста Рези при мочеиспускании нет.

20/VIII наружное отверстие уретры—норма. Отделяемого из уретры нет. Первая порция мочи прозрачна со слизисто-гнойными нитями, вторая порция—чиста.

25/VIII отделяемого из уретры нет. Первая порция мочи прозрачна, с единичными слизисто-гнойными нитями, вторая порция мочи чиста. Исследование мочи: 10—15 лейкоцитов в поле зрения.

31/VIII обе порции мочи чисты. Лечение прекращено.

1/X—исследование мочи: 5—6 лейкоцитов в поле зрения. Предстательная железа, семенные пузырьки и куперовские железы—норма. Уретроскопия—норма.

Вторая группа—постгонорройный уретрит мужчин. Проведено 6 больных.

Во всех 6 случаях мы наблюдали хороший терапевтический эффект. Проводили комбинированное лечение: промывания уретры растворами оксицианистой ртути или риваноля плюс стрептоцид внутрь. Явления постгонорройного уретрита проходили быстрей, чем при обычном лечении.

Третья группа—хронический гонорройный уретрит мужчин. Проведено 3 больных.

В этой группе больных мы не наблюдали терапевтического успеха от применения стрептоцида. У всех трех больных уретрит был осложнен литтреитом и морганитом. Кроме того, были осложнения со стороны половых желез.

Четвертая группа—негонорройные уретриты мужчин. Проведено 12 больных.

Мы не наблюдали эффекта от применения стрептоцида только в одном случае. В 11 случаях получили прекрасный терапевтический эффект. Этиология уретритов была разная, в большинстве случаев был выделен при посевах стафилококк.

4 случая проведено комбинированным лечением и 7 случаев—только одним стрептоцидом. При комбинированном лечении мы проводили промывания уретры растворами марганцево-кислого калия или оксицианистой ртути плюс стрептоцид внутрь. Эти больные были излечены в срок до двух недель. В 7 случаях мы проводили лечение одним стрептоцидом per os.

Все больные излечены в срок до двух недель, только в одном случае лечение проводилось 18 дней.

Приводим выдержку из одной истории болезни.

Больной Ш. 31 года (история болезни № 925), явился на амбулаторный прием 15/V-1937 с жалобами на выделения из мочеиспускательного канала и незначительную резь при мочеиспускании. Заболел 4/V—через несколько дней после полового сношения. Не лечился.

Status praesens Слизисто-гнойное отделяемое из уретры. Первая порция мочи прозрачна с гнойными нитями, вторая порция—чиста. Исследование отделяемого уретры: 30—40 лейкоцитов в поле зрения, гонококк—минус. Посев отделяемого

уретры дал рост белого стафилококка. Диагноз: негонорройный уретрит. Назначен стрептоцид внутрь по 0,3 три раза в день.

21/V—отделяемое из уретры уменьшилось. Первая порция мочи прозрачна со слизисто-гнойными нитями, вторая порция—чиста. Получал стрептоцид до 29/V. Отделяемого из уретры нет. Первая порция мочи прозрачна с единичными слизистыми нитями, вторая порция—чиста. Исследование мочи—норма. Лечение прекращено.

Пятая группа—острый гонорройный уретрит с осложнениями (эпидидимиты, простатиты и везикулиты). Проведено 16 больных.

На течение осложнений уретрита стрептоцид благоприятного действия не оказывал. В 6 случаях гонорройных эпидидимитов мы наблюдали значительное улучшение уретрита при внутреннем применении стрептоцида без местного лечения уретры. Но отнести это улучшение только за счет стрептоцида нельзя, ибо давно известно, что при появлении эпидидимита выделение из мочеиспускательного канала уменьшается или даже совершенно прекращается.

Шестая группа—циститы (мужчин). Проведено 3 больных без местного лечения мочевого пузыря.

Во всех случаях мы можем отметить хорошее терапевтическое действие стрептоцида: моча быстро просветляется, проходят дизурические явления.

Приводим выдержки из одной истории болезни.

Больной О., 40 лет (история болезни № 211), поступил в клинику 23/II-1938 с жалобами на частые мочеиспускания (мочится каждый час), резь в конце мочеиспускания и боли в области заднего прохода. Заболел в ноябре 1937 г. и лечился в районном вендиспансере по поводу негонорройного уретрита. Через три недели после начала заболевания появились боль в заднем проходе и частые мочеиспускания. Продолжал лечение в вендиспансере.

Status praesens. Отделяемого из уретры нет. Обе порции мочи мутны. Предстательная железа—левая доля уплотнена, увеличена в 1½—2 раза, поверхность обеих долей неровная, прощупывается левый семенной пузырек, купферовские железы не прощупываются.

Исследование мочи первой и второй порции: лейкоциты покрывают все поле зрения, флора не обнаружена. Кровь: Н. в—63%. л.—8050, эр—4.470.000, с.—75%, л.—18%, м.—5%, эоз.—2%. РОЭ— 10 мм в один час. Диагноз: паренхиматозный простатит, везикулит и цистит. Назначена диатермия per rectum, **сидячие ванны** и стрептоцид по 0,6, три раза в день.

27/II—обе порции мочи слегка мутны, мочеиспускания реже, мочится один раз в 3 часа. Рези нет. Больной жалуется на сильный зуд по всему телу, особенно по ночам. При расчесах появляются быстро исчезающие волдыри.

28/II—первая порция мочи слегка мутна, вторая порция—чиста. Мочеиспускание нормальное.

2/III—обе порции мочи чисты. Исследование мочи: первая порция—лейкоциты до 30 в поле зрения, группы по 7—10 лейкоцитов в поле зрения; вторая порция—8—12 лейкоцитов в поле зрения. Зуд держится. Больной продолжал лечение в виду имеющихся явлений простатита и везикулита. Принимал стрептоцид до 5. III. Зуд и явления дерматита прошли с прекращением приема стрептоцида.

9/III и 10/III больному был назначен стрептоцид, и вновь появились явления уртикариоподобного дерматита. Назначение стрептоцида было отменено, и явления дерматита начали проходить.

Седьмая группа. В этой группе мы наблюдали действие стрептоцида на течение острой гонорреи женщин у 24 больных; больных с хронической гонорреей было 13, с негонорройными циститами и уретритами—3.

Часть больных получала стрептоцид только внутрь. Другая часть, кроме стрептоцида внутрь, получала также вагинальные ванночки из стрептоцида в разведении 1 : 1000 и тампоны следующего состава: Streptocid 5,0, Glycerin 20,0, Aq.dest. 100,0. По нашим наблюдениям

ванночки и тампоны из стрептоцида никакого действия не оказывают ни на течение гонорреи, ни на влагалищную флору.

В тех случаях гонорреи (как острой, так и хронической), где имелись ясно выраженные явления уретрита с сильной болезненностью при мочеиспускании, от применения стрептоцида внутрь в комбинации с промываниями уретры по Janet мы наблюдали значительное улучшение процесса: боли быстро уменьшались, выделения из уретры становились светлее.

Из 37 гонорройных больных, получавших стрептоцид, у 10-ти наступило быстрое улучшение уретрита.

Приводим выдержки из одной истории болезни:

Больная С., 19 лет (история болезни № 838), поступила в клинику 21/X-1937 с жалобами на рези и частые мочеиспускании. Status praesens Уретральный канал плотный, из уретры выдавливается гнойная капля. Протоки Бартолиниевых желез увеличены, левый проток прощупывается в виде лесного ореха. Шейка матки отечна, эрозирована, в зеве мутно-слизистая пробка. Найдены гонококки в отделяемом из уретры и протока левой Бартолиниевой железы. Анализ мочи: реакция кислая, прозрачность—мутная; белка, индикана, уробилина—нет; в осадке 40—50 лейкоцитов в поле зрения. Диагноз: гонорройный уретрит, эндоцервицит и двусторонний каналикулярный бартолинит. Назначен стрептоцид внутрь по 0,3 пять раз в день и промывание уретры.

Через два дня мочеиспускание реже и менее болезненно.

25/X мочеиспускание безболезненно, из уретры выдавливается светлая капля.

Остальные пораженные очаги, как шейка матки, протоки Бартолиниевых желез, лечились соответствующим образом.

У больных с циститом и уретритом негонорройного происхождения мы наблюдали прекрасный эффект от приема стрептоцида внутрь без местного лечения уретры и мочевого пузыря.

Выводы

1. Из всех известных до сих пор внутренних средств для лечения гонорреи стрептоцид должен занять первое место по силе терапевтического действия на гонорройный уретрит.

2. Лечение гонорройного уретрита должно быть комбинированное: промывание уретры по Janet плюс стрептоцид внутрь.

3. Стрептоцид нужно назначать в дозе 1,5—2,0 г в день. Можно давать препарат в течение 2—3 недель без вреда для организма больного.

4. Стрептоцид оказывает очень хорошее действие при негонорройных уретритах и циститах, даже без местного лечения уретры и мочевого пузыря.

5. На осложнения гонорреи мужчин и женщин стрептоцид терапевтического действия не оказывает.

6. In vitro на культуры гонококков стрептоцид не оказывает бактерицидного действия. Но он действует на физикохимические свойства гонококка: часть гонококков меняет свои тинкториальные свойства, становятся грам-положительными и подвергаются разбуханию.

К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ЭССЕНЦИЙ НА ПИЩЕВЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ МИНСКА.

Доц. О. П. Лыновский и Н. М. Могилевчик.

Из кафедры общей гигиены Минского мединститута.

В производстве безалкогольных прохладительных напитков для купажирования сиропов употребляются искусственные фруктовые эссенции. Основой почти всех фруктовых эссенций являются сложные эфиры—продукт синтеза спиртов и различных органических кислот. Для смягчения запаха, а также для придания ему различных оттенков добавляются всевозможные эфирные масла и ароматические вещества.

Общесоюзные стандарты, нормирующие производство эссенций, пока не изданы и единственным, как нам известно, документом нормативного порядка является постановление Ученого медицинского совета НКЗ РСФСР от 15 июня 1928 г. за № 170 о санитарно-гигиенических требованиях к искусственным фруктовым эссенциям. Постановление содержит перечень эфиров, эфирных масел и ароматических веществ, допускаемых при синтезировании эссенций, перечень веществ, запрещенных к применению при производстве эссенций, и указания по тарированию и маркировке готовой продукции.

Обследованием пищевых предприятий г. Минска было установлено, что некоторые из них, наряду с продукцией, снабженной этикеткой известных государственных фабрик, пользуются эссенциями, место производства коих неизвестно. Ввиду появившихся сомнений в высококачественности обнаруженных эссенций, 15 образцов таковых подвергнуто исследованию на присутствие в них веществ, запрещенных к применению при производстве искусственных фруктовых эссенций, а именно: хлороформа, метилового спирта, амилового спирта, эфиров азотной и азотистой кислот, нитробензола и метилового эфира салициловой кислоты.

Эссенции исследовались по следующей методике, апробированной В. Р. Черток.

1. Хлороформ в отгоне фракции, кипящей при 60—62°, нагреванием аликвоты с анилином и едким натром. Присутствие хлороформа обнаруживается при этом отвратительным запахом бензоизонитрила.

2. Метиловый спирт в отгоне фракции, кипящей при 78°, по методу Федлера—Манниха. Способ основан на получении цветной реакции в присутствии перманганата и хлористоводородной соли морфина.

3. Амиловый спирт. 30 мл. эссенции разбавлялось водой в три раза и извлекалось 15 мл. хлороформа в делительной воронке. Вытяжка промывалась водой, хлороформ испарялся в чашечке и к остатку прибавлялся свежеприготовленный 0,01% раствор метилвиолета, зеленого от подкисления разведенной соляной кислотой. При наличии амилового спирта капля остатка окрашивается в фиолетовый цвет.

4. Эфиры азотистой и азотной кислот. 10 мл. эссенции кипятилось в колбе с обратным холодильником с 30 мл. полунормального едкого калия. После охлаждения и разбавления 30 мл. воды, смесь нейтрализовалась полунормальной серной кислотой и выпаривалась в фарфоровой чашке досуха. Осадок экстрагировался дистиллированной водой, в аликвотах которой после фильтрования определялись нитриты реактивом Грисса, а нитраты бруциновым способом.

5. Нитробензол—реакцией Рунге во фракции кипящей при 207—210°. Нитробензол в отгоне восстанавливался зерненым оловом в анилин, водный раствор которого дает с хлорной известью фиолетовую окраску.

6. Метиловый эфир салициловой кислоты открывался путем прибавления к 1 см^2 эссенции двух капель 10-процентного раствора хлорного железа.

Нужно отметить, что при этом определении мы не получали ожидаемой чисто фиолетовой окраски даже при заведомой добавке салицилата. Окраска получалась с зеленоватым оттенком и после пятикратного разбавления спиртом.

Результаты исследования 15 образцов эссенции приведены в прилагаемой таблице. Положительный результат отмечен плюсом, отрицательный—минусом.

№ образца	Наименование эссенций	Хлороформ	Метиловый спирт	Амиловый спирт	Эфир аз-той к-ты	Эфир аз-ной к-ты	Нитробензол	Метил салицилат
1	Фруктово-ягодная	—	—	—	—	—	—	—
2	„Дюшес"	—	—	—	—	—	—	—
3	„Крем-сода"	—	—	—	—	—	—	+
4	Лимонная	—	—	—	—	—	—	—
5	Миндальная	—	—	—	—	—	—	—
6	Абрикосовая	—	+	—	—	—	—	—
7	Сирень	—	—	—	—	—	—	—
8	Клубничная	—	—	—	—	—	—	—
9	Мандариновая	—	—	—	—	—	—	—
10	Земляничная	—	—	—	—	—	—	—
11	Малиновая	—	—	—	—	—	—	—
12	Ромовая	—	—	—	—	—	—	—
13	Миндальная	—	—	+	—	—	—	+
14	Без названия	—	—	+	—	—	—	—
15	Без названия	—	—	+	—	—	—	—

Как видно из таблицы, из 15 проб эссенций неизвестных заводов в одной пробе оказалась положительной реакция на метиловый спирт, в трех—на амиловый спирт и в двух—на метилсалицилат.

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что при санитарной экспертизе искусственных фруктовых эссенций, место производства которых неизвестно, необходимо исследовать таковые на присутствие запрещенных веществ.

НАХОЖДЕНИЕ ГОНОКОККОВ НЕЙСЕРА В КРОВИ ГОНОРРОЙНЫХ БОЛЬНЫХ.

(Предварительное сообщение)

М. Г. Пецольд.

Из Белорусского Государственного кожно-венерического института (директор—проф. А. Я. Прокопчук).

Проблема нахождения гонококков в крови, к сожалению, имеет небольшое отражение в литературе. В 1906 г. Widal и Faure впервые нашли гонококк в крови больного с эндокардитом. После опубликования их данных Hovesa и Lofaro в 1911 г. подтвердили их наблюдение. Затем наряду с разбором гоносепсиса приводились результаты бактериологического исследования целым рядом авторов. Thayar и Blummer выделили чистую культуру гонококка из крови.

В 1932 г. Федосевичем и Савицким была опубликована работа, посвященная гемокультурам при гоноррее. Авторы этой работы нашли гонококки в крови:

1. При остром гонорройном уретрите в первые две недели заболевания из 48 случаев—9 положительных находок.
2. При остром гонорройном уретрите в первые три недели заболевания из 30 случаев—7 положительных находок.
3. При осложненной гонорpee до двух недель от начала осложнения из 46 случаев—29 положительных находок.
4. При осложненной гонорpee до трех недель от начала осложнений на 179 случаев—39 положительных находок.

Считая вопрос о гемокультуре при гонорpee важным как с теоретической, так и практической точки зрения, мы приступили к проверке работы Савицкого и Федосевича, одновременно применяя свою методику.

По методу Савицкого и Федосевича засевается на пробирку косого асцит-агара 2 см³ крови, взятой из локтевой вены больного. Наряду с посевом 2 см³ крови на асцит-агар мы засевали 8—10 см³ крови в колбу в 200 см³ асцит-бульона при PH=7,3 и температуре 37° и ту же кровь сеяли на нейтральный агар. Как асцит-агар, так и асцит-бульон предварительно проверялись на элективность с суточной культурой гонококков Нейсера.

Указанным методом нами обследованы 32 больных: с острой гонорреей передней уретры 5 мужчин в первые 3—5 дней заболевания; с хронической гонорреей мужской и женской 5 случаев; с гонорреей осложненной (эпидидимиты, простатиты, сальпингоофориты, эндо-

метриты)—16 случаев; с невыясненными диагнозами 3 случая; туберкулез мочеполовых путей—1 случай.

Полученные нами результаты суммированы в следующей таблице:

Диагноз	Количество больных	Рост гонококков Нейсера на асцит-бульоне	Рост гонококков Нейсера на асцит-агаре	Рост на нейтр. агаре		Пророст	Стерильно	Всего положит результатов
				Диплококк	Сапрофит			
Острая гонорея	5	2	—	—	—	1	2	2
Осложненная гонорея . .	17	9	5	1	3	3	3	9
Хроническая " . . .	5	1	—	—	2	2	2	1
Невыясненные заболевания мочеполовых путей	4	1	1	—	—	—	2	1
Туберкулез мочеполовых путей	1	—	—	—	1	1	—	—

Всего положительных находок—13 на 32 исследованных больных.

Наибольший интерес представляют больные первой группы, которые больны гонорреей передней части слизистой уретры недавно, дней 4—5. Полученные бульонные культуры от этих больных морфологически были очень похожи на гонококки. И было достаточно одного пересева на твердую элективную среду, чтобы получить через 24—48 часов интенсивный рост гонококков. В группе 3-й и 4-й (хроническая гонорея и невыясненные случаи) мы наблюдали у больных обычно запоздалый рост культур—через 48—72 часа и иногда через четверо суток. Полученные культуры микроскопически были очень мало похожи на гонококки. Можно было видеть почти все разновидности гонококков во время их дегенерации, и полученная картина вполне укладывалась в классификацию, приводимую Шильвази. Тут были и макро- и микрогонококки, мозаичные формы, окрашивающиеся по Граму неравномерно. Рост этих культур в большинстве очень скуден, так что в препарате, взятом из бульона, попадалось максимум 10 диплококков в поле зрения. Переводя эти культуры из бульона на асцит-агар, мы убедились, как они через 2—3 пересева постепенно давали более обильный рост и приобретали все культурные, тинкториальные и микроскопические особенности гонококков.

Один случай из 4-й группы больных представляет особый интерес. Больная Ю., 28 лет, лежала в клинике с диагнозом M[illegible]tro-endometritis chronica non gonorrh. arthritis deformans et [illegible]xitis. Многократные исследования мазков отделяемого половой сферы дали отрицательные результаты. Исследование крови по Вассерману дало также отрицательный результат. Реакция Бордэ-Жангу дала быстро проходящую задержку гемолиза. Посев крови через 48 часов на асцит агаре и асцит-бульоне дал рост крупного Грам-отрицательного диплококка. Через 3 пересева этот диплококк стал мельче и морфологически ничем не отличался от типичного гонококка. Все посевы этой культуры на вульгарную среду были отрицательны.

В процессе работы в целях улучшения роста гонококков, руководствуясь данными других гемокультур (туберкулез), мы проделали

следующий эксперимент: взяли эмульсию суточной культуры гонококков и обработали ее при температуре 37° Sol. Natrii citr. 10% и центрифугировали 10 минут. Посев осадка на асцит-агар через 48 часов не дал никакого роста. Это доказывает, что способ, применимый для туберкулезной палочки (Lowenstein), не применим для гоногемокультур.

Выводы

1. Процент положительных гоногемокультур возрастает при посеве больших количеств крови.

2. Наша техника пока еще несовершенна, о чем свидетельствует большой процент пророста. Требуется дальнейшее изучение этого вопроса.

СЛУЧАИ ПЕРЕСАДКИ МОЧЕТОЧНИКОВ В КИШКУ НА ПРОТЯЖЕНИИ ПО СПОСОБУ МИРОТВОРЦЕВА ПО ПОВОДУ ЭКТОПИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Доцент Н. Т. Петров

Заведующий хирургической пропедевтической клиникой Витебского мединститута

Мысль об отведении мочи в кишечник зародилась у гениального хирурга Simoni в 1851 г., т. е. в период еще доантисептический. Природа имеет подобные примеры. Клоакой пользуется большинство птиц и целый класс однопроходных животных. Были наблюдения и над людьми с врожденными клоаками (случаи Quenu, Petrivalsky, Bichardoona).

Впервые на людях операция пересадки мочеточников произведена в 1878 г. Thomas Smith'ом: он вшил сначала левый мочеточник, через год—правый. Ребенок после второй операции прожил два дня и умер от уремии. Наибольший материал принадлежит русским авторам. Их опыт, хотя и вынужденный, но зато огромный. Дело в том, что наиболее частым показанием были заболевания фистулами у женщин после трудных родов, а также вследствие плохой организации родильной помощи в дореволюционное время, особенно в провинции. Вторым показанием является врожденное уродство (эктопия пузыря), третьим—злокачественные новообразования пузыря.

Исчерпывающий материал об операциях пересадки мочеточников дает работа Смиттена, основанная на всесоюзной анкете. Здесь собрано 318 случаев, из которых проф. Тихову принадлежит 90 случаев, Оппелю—24, Красинцеву—12, Миротворцеву—13 (сейчас клиника Миротворцева имеет уже 23 случая).

В отношении техники операции надо отметить два момента: куда вшивать и как вшивать мочеточники. Обычно вшивается мочеточник в colon pelvinum, S—Romanum или в кишечную изолированную петлю—подобие мочевого пузыря. Иногда пересаживаются мочеточники и в кожу. Самая простая, более доступная и, пожалуй, наилучшая—это пересадка в colon pelvinum. Последняя не обладает большой подвижностью, а потому не грозит перегибом мочеточников, как в случаях пересадки в S—Romanum. Способы образования нового мочевого пузыря громоздки, технически трудно выполнимы.

Способы вшивания мочеточников в кишку можно разделить на три категории: 1) Способ Тихова—погружение культи мочеточника в просвет кишки. 2) Способ Миротворцева—косой срез центрального

конца мочеточника, швы между слизистыми мочеточника и кишки и серозо-серозный тунель и 3) операция Майдля.

Американец Коффей опубликовал три своих способа вшивания мочеточника, гарантируя абсолютную асептическую технику. Первый способ—образование клапана из слизистой кишки, второй—дренаж катетрами мочеточников, третий—наложение прорезывающих швов без вскрытия мочеточника и в разное время на двух сторонах. По третьему способу имеются на людях только три операции (из них две принадлежат Коффею). Однако, несмотря на благожелательный отзыв д-ра Житнюка из клиники Еланского, на основании экспериментов (Сборник Федорова) проф. Соловов на основании 11 пересадок у 8 больных, оперированных по способу Коффей III дает резко отрицательный отзыв и отвергает применение этого способа на людях. Наше мнение, что пересадка мочеточников в colon pelvinum по Миротворцеву является наиболее простым и надежным способом фиксации мочеточников.

Ни операция Майдля с последующим сморщиванием пузырного треугольника, ни слизистый клапан Коффея не могут предохранить от восходящей инфекции, которая распространяется вверх не по просвету, а по лимфатической системе. Это положение доказано экспериментами. Операция пересадки мочеточников дает следующие осложнения: 1) перитонит, 2) восходящий пиэлонефрит и 3) язвенный проктит. Несостоятельность швов надо понимать не как техническую ошибку, а как зависимость от процессов, развивающихся вслед за операцией. Смертность в случаях пересадки при злокачественных новообразованиях достигает 63,8%, в случаях врожденных уродств—31% и при фистуллах—21%.

Оперированный нами по способу Миротворцева случай пересадки мочеточников по поводу врожденной эктопии пузыря интересен и тем, что у больного наблюдалась слабость тазового дна и как следствие этого prolapsus recti. Поэтому первым этапом было укрепление recti, после чего стала возможной и пересадка мочеточников.

Перехожу к описанию случая:

В апреле 1935 г. в клинику обратился мальчик И., 14 лет, по поводу недержания мочи, уродства половых органов и выпадения прямой кишки.

При об'ективном исследовании найдено: болен от роду, больной несколько пониженного питания, бледность кожных покровов, пупка нет, симфиз не закрыт, расстояние между концами лонных костей до 10 см. В этом промежутке и над ним расположено складчатое опухолевидное выпячивание размером 4 x 6 см, представляющее эктопию мочевого пузыря. Из отверстия мочеточников, расположенных у нижнего края выпячивания, выделяется каплями моча, что делает пребывание больного в коллективе невозможным вследствие резкого запаха разлагающейся мочи. Половой член недоразвит, мочеиспускательный канал расщеплен, головка расщеплена и уплощена. Мошонка недоразвита, яички в мошонке. Задний проход зияет, при натуживании, особенно при дефекации, кишка опускается и выворачивается на 4—5 см.

10/IV-1935 произведена операция по способу Киршнера для укрепления recti, **взята лента из** fasciae latae и проведена вокруг anus'a **подкожно**. Заживление per primam. При натуживании кишка не **выпадает**. Больной спустя 18 дней выписан для восстановления сил.

Вторично больной поступил в клинику 8/V-1936: rectum не **выпадает, кал** удерживается хорошо. После предварительной подготовки (переливание крови 285,0) 10/V под общим смешанным—пантопон—эфирно-хлороформным наркозом в положении Тренделенбурга произведена пересадка мочеточников в colon pelvinum одномоментно через средний разрез с добавлением поперечного разреза влево типично по Миротворцеву со сшиванием слизистой мочеточника со слизистой кишки. Мочеточник обычного для возраста калибра вшиты—левый выше, правый ниже, свободно, без перегибов уложен косо сверху и снаружи,

вниз и внутрь. Предварительно мочеточник заключен в серо-серозный канал, образованный стенкой кишки. Послеоперационное течение без осложнений и с нормальной температурой. Первое мочеиспускание через 18 часов. В настоящее время больной поправился, моча хорошо удерживается. Мочится четыре раза в день. Одновременно выпускает по 300,0 см, а за сутки 1100, 1200,0. Анализ мочи 3/VI-1936: светложелтая, мутная, щелочная, белок—0,33%. Микроскопия: 15—20 лейкоцитов в поле зрения, 3—4 эритроцита в поле зрения, большое количество эпителиальных клеток, фосфатов. Кал—оформленный и плотный, при дефекации, один раз в сутки. На месте эктопии моча не идет. Небольшое отделение со слизистой.

Ребенок выписан из клиники для восстановления сил к предстоящей третьей пластической операции—сформирования полового члена и удаления слизистой пузыря,что является простой операцией. Больной операцией очень доволен, угнетенное настроение пропало благодаря возможности быть в коллективе.

Демонстрируемый случай представляет известный интерес в трех отношениях: 1) создание жома вокруг anus'а, что позволило сделать пересадку мочеточников в кишку и удерживать мочу одновременно в количестве до 300,0 см³, 2) пересадка мочеточников в кишку на протяжении по способу Миротворцева является наиболее простым, удобным и надежным способом при эктопии пузыря и 3) переливание крови, как подготовка к операции, играет большую роль в повышении защитных сил организма.

В заключение можно сказать, что операция пересадки мочеточников опасна подчас для больного, коварна для хирурга своими неожиданностями, не зависящими от техники. Но являясь вынужденной, она при определенных показаниях дает выход из положения и восстанавливает трудоспособность тех несчастных больных, жизнь которых является невыносимой вследствие моральных, психических и физических страданий.

P. S. Не так давно больной поступил в клинику в третий раз и ему произведено удаление мочевого пузыря. Послеоперационный период протекал нормально и больной выписан с небольшой гранулирующей раной.

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ВАКЕЗА С ПОРАЖЕНИЕМ СТРИАРНОЙ СИСТЕМЫ.

Е. З. Фидельгольц и Б. И. Айзенман.

(г. Речица. Городская больница)

В нашей практике мы имели случай полицитемии с поражением центральной (стриарной) нервной системы. Он настолько своеобразен, что мы считаем необходимым описать его, тем более, что в доступной нам литературе мы не встречали аналогичных указаний. Правда, в книге «Невропатологические синдромы» акад. М. Б. Кроля имеется упоминание о возможности таких случаев.

Больная В., 56 лет, в детстве особых заболеваний не отмечает, росла здоровым ребенком, замужем она с 19 лет. Родила 6 детей; двое из них умерло от скарлатины, четверо—живы. У младшей дочери (20 лет)—эпилепсия, один сын болен суставным ревматизмом, другая дочь болела узловатой эритемой. Больная отмечает, что во время беременности у нее выпадали зубы. Родители умерли в возрасте 70 лет, были здоровы. Братья и сестры больной также здоровы.

В возрасте 21 года перенесла тиф. Всегда чувствовала себя вполне здоровой. 10 лет назад у больной бывали приступы мигрени. 6 лет назад у нее появились чрезвычайно резкие боли в животе; при врачебном осмотре у нее была найдена резко увеличенная печень. Три года назад появились летучие боли в суставах. Несколько лет больная страдает расширением вен на правой ноге. Год назад у больной нашли воспаление вен на правой голени. Вместе с тем возобновились приступы резких болей в животе. По поводу этих болей год назад больная поехала лечиться в Ленинград и там был установлен диагноз полицитемии.

Анализ крови 6/I-1938: Нв—106%, эритр.—5.980.000, лейкоц—7.200, лейкоцитарная формула: с—66%, п.—5%, л.—22%, м.—1%, э.—6%. Картина красной крови—норма. РОЭ—1,5 мм.

Анализ мочи: удельный вес 1010, эритр.—единичн., лейкоц. 3—5 в поле зрения, белок—следы, уробилина—нет. Реакция Вассермана—отрицательная.

Все лето 1938 г. больная чувствовала себя удовлетворительно. Четыре месяца назад у больной появились частые головокружения без головной боли. Вскоре появилась резкая зубная боль и сильные боли в верхней челюсти то с одной, то с другой стороны, с отдачей в ухо. Одновременно возобновились приступы резких болей в животе, без точной локализации. При врачебном осмотре у больной обнаружен был хореатический гиперкинез.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, седая, цвет лица и кистей рук—вишнево-красный. Полость рта—гиперемия слизистой, на верхней челюсти 3 зуба, на нижней—6 зубов.

Пульс 100 в одну минуту. Сердце—границы не определяются, толчек в 6 межреберье, на палец левее соска. Тоны чистые, незначительный акцент второго тона аорты. Кровяное давление—145/110.

Легкие. Ослабленное дыхание, при перкуссии—коробочный звук. Печень выдается на ладонь из-под края ребер, край острый, печень несколько плотна, гладка. Селезенка на ладонь выступает из-под ребер, плотная.

Варикозное расширение вен на правой голени с незначительной атрофией кожи. Пальцы рук напоминают форму барабанных палочек.

Анализ крови: Нв — 110%, эритр. — 8,000,000, лейкоц. — 8200. Лейкоцитарная формула: с.—59%, п.—18%, л.—19%, м.—1%, э.—3%. Красная кровь—норма. РОЭ—1,5 мм.

Анализ мочи: следы белка, уробилина—нет.

Нервная система. Больная беспрерывно находится в движении: постоянные, крупно-размашистые движения руками, при этом больная часто ударяется руками о край кровати. Такие же размашистые, но более редкие движения в нижних конечностях. Беспрерывные движения языком, причем язык часто прикусывается во время высовывания, частые прищелкивания. Речь чрезвычайно затруднена и малопонятна. При попытках говорить гиперкинез сильно увеличивается. Во сне вынужденных движений у больной не отмечается. Зрачки нормальной формы, равномерно расширены, реакция живая, нистагма нет. Со стороны черепно-мозговых нервов отклонений от нормы нет.

Сухожильные рефлексы на верхних и нижних конечностях—в пределах нормы. Брюшные рефлексы—справа вызываются все, слева—только верхний Патологических рефлексов нет.

При покое имеется выраженная гипотония мускулатуры верхних конечностей. Отмечается ясная положительная реакция опоры со стороны нижних конечностей. Ходьба чрезвычайно затруднена.

Со стороны чувствительности глубокой, тактильной и болевой изменений не обнаружено. Болевых точек в зоне тройничного нерва—нет. Психика—некоторое понижение интеллекта, беспричинный плач, недооценка тяжести своего состояния.

Таким образом, со стороны нервной системы мы имеем ясный хореатический синдром.

Наш случай не представляет особых затруднений в смысле диагностики основного заболевания. Характерный вишнево-красный цвет лица, увеличенная селезенка и печень, эритремия—все это оставляет вне сомнения диагноз полицитемии.

Описаны, как известно, три клинических формы полицитемии: 1) форма Вакеза—головокружения, головные боли, приливы крови к голове, общая слабость, боли в животе, характерная вишневая окраска лица и слизистых; кровяное давление чаще понижено; 2) форма Гейсбека—с повышенным кровяным давлением и без увеличения селезенки и 3) форма Моссэ—с увеличенной селезенкой и с уробилиновой желтухой.

Наш случай представляет собой типичное заболевание болезнью Вакеза. Обращает на себя внимание несколько повышенное кровяное давление, тогда как обычно при этой форме бывает пониженное кровяное давление. Дальше, в анамнезе нашей больной представляет интерес факт выпадения почти всех зубов и жалобы на зубную боль. Заболевание зубов при болезни Вакеза, повидимому, не случайное явление, так как в историях болезни подобных больных часто встречаются упоминания об альвеолярной пиоррее, о зубной боли. Со стороны белой крови у нашей больной обычная картина: сдвиг влево, эозинофилия.

Больше затруднений представляет собой интерпретация появившегося в течение болезни нервного синдрома. У нашей больной мы имеем наличие хореатического синдрома (симптоматического), что, как известно, является в основном следствием поражения стриарной системы. Каков же патогенез этого поражения в данном случае? Причиной тут могли явиться либо сосудистые изменения (точечные кровоизлияния, Риккеровские механизмы), либо дегенеративные изменения в Corpus striatum под влиянием тех же токсинов, которые вызывают, возможно, и заболевание полицитемией. Данных за наследственную хорею Huntington'а также не было обнаружено.

Следует отметить, что и те жестокие приступы болей в животе без точной локализации и неясной этиологии, равно как и боли в области верхней челюсти, которые отмечались у больной, возможно, являются болями центрального происхождения, вследствие заинтересованности зрительного бугра.

Терапия состояла в назначении пиявок, после которых наступало кратковременное улучшение общего состояния и нервных симптомов, и в назначении сырой селезенки—без достаточно ясного эффекта.

СЛУЧАИ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШОК ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.

З. Ш. Берман и И. Я. Майсюкевич

Из Холопенической районной больницы (зав.—И. Я. Майсюкевич).

Непроходимость кишок при беременности встречается довольно редко. Браун, Мейер, Шаута, Губарев, Судаков и другие насчитывают один случай илеуса на 50.000 беременных. Фельдман на VI Украинском с'езде хирургов сообщил о собранных в отечественной литературе 32 случаях непроходимости кишок при беременности. Диканский сообщил там же о своих 3 случаях. В иностранной литературе Людвигом, Лейтнером и другими собрано больше,—около 200 случаев.

Таким образом, непроходимость кишок при беременности является сравнительно редким заболеванием и каждый такой случай заслуживает того, чтобы быть отмеченным. Диагностика непроходимости кишек при беременности бывает не легка. Из трех случаев Жаботинского, в одном—диагноз был поставлен на вскрытии; во втором—у больной, отказавшейся от Кесарева сечения, была сделана перфорация, и затем ввиду непрекращающихся абдоминальных явлений, приступили к чревосечению и обнаружили омертвевшие в результате заворота тонкие кишки; в третьем—непроходимость обнаружена в момент Кесарева сечения. Трудность диагностики об'ясняется отчасти и тем, что беременная матка может затушевать местные явления илеуса и что затруднены пальпация, перкуссия и аускультация.

Людвиг в своей работе указывает на существование трех критических фаз для образования илеуса при беременности: 1) в четвертом месяце, когда беременная матка выходит из полости таза, 2) в последние месяцы беременности, когда матка опускается и 3) в послеродовом периоде, когда она резко уменьшается в размерах.

Приводим наш случай.

История болезни № 618. Л. М. Р., 40 лет, колхозница, повторнородящая, беременная в 9 месяце, почувствовала ночью с 28 на 29 мая 1938 г. резкую, схваткообразную боль в животе. Больная и родные решили, что наступают роды, и вызвали с ближайшего медпункта акушерку, а потом и фельдшера. В присутствии последних 29/V в 10 ч. утра родилась мертвая девочка. Искусственным дыханием и другими мерами, принятыми акушеркой, оживить ребенка не удалось. Подождав несколько часов и видя, что послед не отходит, а больная слабеет, акушерка вызвала из районной больницы врача (больная находилась на расстоянии 30 км от больницы).

Прибывший на автомашине врач застал больную в очень тяжелом состоянии, с сильно вздутым животом. Дотронуться до живота больная не разрешала из-за сильных болей. После ин'екции морфия, удалось вывести послед по Креде. Состояние больной нисколько не улучшилось, боли не прекращались, пульс слабел, вздутие живота не уменьшалось. Тогда решили перевезти больную в больницу,

куда она и была доставлена 30/V в 5 ч. 20 м. утра. К этому времени состояние больной еще более ухудшилось: пульс еле прощупывался, сосчитать его было невозможно. Язык сухой, живот колоссальных размеров, вздут, резко болезнен; при перкусии живота—тимпанит вокруг пупка и тупость в отлогих местах. Кровотечения из наружных половых органов нет. Сознание больной сохранено. Было подозрение на разрыв матки с внутренним кровотечением; предложена операция.

Под морфийно-эфирным наркозом, разрезом по средней линии живота выше и ниже пупка вскрыта брюшная полость. В брюшной полости оказалось огромное количество (3—4 литра) зловонной, темной геморрагической жидкости. Сигмовидная кишка резко вздута, черного цвета. Кишка осторожно выведена из подреберья и повернута на 360° по ходу часовой стрелки; после деторсии вздутие кишки не прошло. Дальнейшая ревизия обнаружила узел, образованный тонкой кишкой вокруг сигмовидной. Матка цела и нормально сокращена. Узел с трудом распутан, измененные кишки выведены наружу. Брыжейки тонкого кишечника и сигмовидной увеличены в размерах. ⅔ тонкого кишечника и сигмовидной—черного цвета с гангренозными участками. В виду крайне тяжелого состояния больной, пришлось ограничиться подшиванием гангренисцированных кишок к линии разреза. Через пару часов - exitus при явлениях нарастающей сердечной слабости.

Таким образом, у нашей больной мы имели узел между тонкой кишкой и сигмовидной, вызвавший непроходимость тонкого и толстого кишечника.

Узлообразование само по себе является сравнительно редким заболеванием. По статистике Грекова, узлообразование составляет 10% всех заворотов. Котоманов за 25 лет собрал в русской литературе 60 случаев кишечного узла. В 1937 г. Перельман приводит уже 145 случаев. Из иностранных авторов, Каллио (1932) приводит 161 случай; сюда вошли и 28 случаев по СССР. Таким образом, в иностранной литературе и в СССР описано всего около 300 случаев узлообразования.

Нужно отметить, что узлообразование в громадном большинстве случаев встречается, как и у нашей больной, между тонкой кишкой и сигмовидной. По Каллио, на 161 случай узлообразование между тонкой кишкой и сигмовидной отмечено 134 раза.

В нашем случае возникает вопрос, когда наступил илеус,—до родов или в послеродовом периоде. Внимательное изучение анамнеза и клинической картины дает нам основание считать, что у больной первично наступил илеус, а роды наступили вторично, возможно, что и преждевременно. В пользу этого предположения говорят тяжелые изменения со стороны кишок (гангрена), а также и то, что плод родился мертвым.

Механизм образования узла в нашем случае можно себе представить следующим образом. Матка, опускаясь, вытеснила сигмовидную кишку из полости малого таза и кишка поднялась кверху, причем петли тонких кишек попали в пространство позади сигмовидной кишки и таким образом образовался узел.

Лечение илеуса беременных может быть только оперативным и притом ранним. Опорожнение беременной матки обычно не устраняет непроходимости. Консервативное лечение дает большую смертность. По данным Мекка, смертность при илеусе и беременности без операции составляет 80%, после операции—52—55%.

В нашем случае, к сожалению, операция была уже сделана in extremis. Необходимо знать, что иногда беременность осложняется непроходимостью, и только раннее оперативное вмешательство может спасти больную.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

БОРЬБА С СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫМ ТРАВМАТИЗМОМ—ВАЖНЕЙШАЯ ЧАСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА

С. Я. Эпштейн.

Сельхозмашиностроение в стране социализма развивается невиданными в истории большевистскими темпами. Мы вводим в деревне колоссальное количество сельскохозяйственных машин новейших конструкций, которые коренным образом изменяют все основы применявшегося там до последнего десятилетия примитивного труда.

Коллективные формы механизированного сельскохозяйственного труда создают все возможности в условиях нашего строя резко снизить также и сельскохозяйственный травматизм.

Удельный вес сельскохозяйственного травматизма в общем травматизме до настоящего времени еще значителен как по тяжести своего течения, так и по количеству осложнений. Если при этом учесть, что сельскохозяйственный травматизм вызывает потерю большого количества трудодней, то мы можем считать, что этот вид травматизма является не меньшим злом, чем травматизм промышленный. Отсюда ясно, какое значение приобретает в нашем социалистическом государстве правильная организация борьбы с ним, а также и правильное лечение травматиков.

Капиталистические страны не могут уделять и не уделяют внимания сельскохозяйственному травматизму. В дореволюционной России отдельные попытки передовых земских врачей привлечь внимание тогдашней общественности к сельскохозяйственному травматизму заранее были обречены на неудачу. Отсутствие квалифицированной медицинской помощи на селе приводило к тому, что только 43,3% случаев сельскохозяйственных травм кончались выздоровлением, а остальные 56,7% травматиков или погибали, или оставались инвалидами.

Также плачевно поставлено дело борьбы с сельскохозяйственным травматизмом в капиталистических странах. При наличии единоличного крестьянского хозяйства эта борьба там совершенно невозможна. По данным американской статистики, количество смертей от несчастных случаев в сельском хозяйстве превышает количество смертей во всех других отраслях хозяйства.

При коллективизированном сельском хозяйстве, опираясь на имеющийся у нас в СССР колоссальный опыт и успехи в деле борьбы с промышленным травматизмом, мы имеем все возможности для борьбы с сельскохозяйственным травматизмом. Однако, этому вопросу врачебная масса не уделяет еще достаточного внимания на страницах медицинской печати.

Важнейшим мероприятием для борьбы с сельскохозяйственным травматизмом является организация правильного его учета, разработка материалов и их изучение. Тщательный анализ причин сельскохозяйственного травматизма показывает исключительную его зависимость от недостаточного изучения подсобными рабочими конструкций машин, нередко отсутствие достаточных защитных приспособлений, а иногда просто небрежность пострадавших, грубо нарушающих правила техники безопасности. Отсюда ясно, что необходимо в первую очередь бороться с ним путем четкого изучения машинистами, трактористами и подсобными рабочими правил техники безопасности своей машины, улучшения защитных механизмов в машинах, а также более внимательным обращением при работе с разными сельскохозяйственными машинами и орудиями.

Анализ сельскохозяйственного травматизма показывает, что примитивные сельскохозяйственные орудия—серп, косы, вилы и другие—дают относительно больший процент повреждений, нежели усовершенствованные сложные машины, снабженные защитными приспособлениями. Процент повреждений при пользовании машинами должен быть значительно меньшим еще и потому, что в данном случае, по сравнению с примитивными способами обработки земли, требуется во много раз меньше рабочей силы.

Причиной травматизма является также отсутствие достаточного инструктажа рабочих и колхозников, обслуживающих те или иные сельскохозяйственные машины и орудия. Чем сложнее машина, тем, казалось бы, должны создаваться более благоприятные условия для травматизма. Но на деле это далеко не так. По данным Украинского института травматологии и детской ортопедии (Киев), в 1254 случаях сельскохозяйственных травм наименьший удельный вес занимают тракторные повреждения, совсем незначительное место—комбайн, а самое большое количество травм падает на мелкий сельскохозяйственный инвентарь. Стало быть, дело не в сложности машины, а в обученности персонала, обслуживающего их.

Каждый вид травматизма имеет свои особенности, и в сельском хозяйстве зависит от рода машин, орудий, неосторожного обращения с животными и других причин. Данные Киевского института гигиены труда и профзаболеваний и Ленинградского института травматологии показывают, что тракторный травматизм и травматизм при работе на сложных агрегатах, среди общего количества сельскохозяйственных повреждений, занимают небольшое место. Повреждения, главным образом, идут за счет обратной отдачи пусковой рукоятки при заводе мотора. Особенно это имеет место тогда, когда для этой цели используется не специалист, а подсобный, необученный рабочий. Данные также указывают, что всегда в этих случаях повреждается верхняя конечность.

Анализ травм, полученных, например, от комбайна, показывает, что для предупреждения их требуется ограждение движущихся и незащищенных частей, в частности защита мотора кожухами.

Травматизм при работе на молотилках занимал в свое время довольно видное место (53—67% по Тезякову). В настоящее время, хотя он и снизился, но все еще имеется при работе на молотилках, пользующихся как конной тягой, так и механизированной. Воронцов собрал за два года (1926 и 1927) повреждения, полученные при работе на молотилках. Всего собрано им 40 тяжелых повреждений, поступивших в больницы и клиники Смоленска. Наибольшее количество составляли переломы, затем шли вывихи и раздробления, причем выявилось, что правая верхняя конечность страдает в два раза чаще левой.

Повреждения при молотьбе бывают самые разнообразные—от легких до тяжелых. Молотилка обслуживается несколькими рабочими. Самый главный—это барабанщик, подающий развязанные снопы в барабан; от его опыта зависит темп работы и качество обмолота. Работа на молотилке требует большого напряжения, внимания и осторожности, особенно при обмолоте хлебов ярового сева. При невнимательной подаче соломы рука, чаще всего правая, может быть захвачена зубьями барабана, и в результате получается тяжелое повреждение. Подсобные рабочие, подавальщики снопов, отгребщики соломы и зерна при неосторожности, зацепившись за колеса, передаточный вал или другие части, могут попасть в движущиеся части молотилки.

Довольно большой процент травматизма дают и льномялки, что также связано большей частью с неосторожностью и невниманием в процессе работы.

Помимо травм, которые наносят более сложные сельскохозяйственные машины, довольно значительное количество их бывает при работе с простыми орудиями—вилами, граблями, косами, плугами и т. д. Уколы, царапины, засорение глаз инородными телами при веянии, молотьбе и другие повреждения сами по себе незначительны. Но осложнения, вызываемые ими при неправильном оказании медицинской помощи, иногда приводят к длительной потере трудоспособности.

В известном проценте случаи травматизма бывают от неумелого обращения с домашними животными: например, ушибы и ранения брюшной полости ударом копыта или рогом. Отсюда понятно, какое важное значение имеет профилактика травм и правильная организация лечебного процесса, правильное оказание медицинской помощи травматику.

Касаясь характера сельскохозяйственных повреждений, мы считаем нужным обратить внимание на данные Киевского института гигиены труда и профзаболеваний, собравшего травматизм в совхозах Украины за 2 года. Всего зарегистрировано 4.677 повреждений:

1. Ранения	2.431
2. Ушибы	858
3. Ссадины	450
4. Ожоги	358
5. Попадание инородних тел	226
6. Переломы	90
7. Вывихи	25
8. Раздробления	15
9. Прочие повреждения	221

Гориневская отмечает, что среди повреждений, получаемых в сельском хозяйстве, преобладают ранения (52%), большой процент дают ушибы (около 18%), реже—ожоги (7,7%), переломы (1,9%), вывихи и т. д.

По материалам Украинского института травматологии и детской ортопедии (Киев), из 1254 случаев сельскохозяйственных травм на первом месте стоят ранения (56,9%), дальше идут ушибы (15,5%), затем переломы (10,7%) и ожоги (6,8%). Локализация травм: 42% всех травм падает на верхние конечности; из них правая рука—26%, левая—16%, нижняя конечность—31%; дальше идут—голова, шея, живот и т. д.

Приведенные цифры показывают, что преобладающим видом повреждений являются ранения, за которыми идут ушибы и ссадины; видное место среди них занимают и ожоги.

Следует также отметить, что несчастные случаи при обслуживании машин новейших систем чаще всего встречаются среди подсобных рабочих, незнакомых с конструкциями этих машин; среди квалифицированных рабочих, стоящих у машин, повреждения встречаются значительно реже. Стало быть, основой для снижения травматизма при обслуживании сложных машин является обучение мерам предосторожности. Повреждения же примитивными сельскохозяйственными орудиями (коса, серп, вилы) наблюдаются чаще всего у менее квалифицированных колхозников, или же вследствие невнимательного и неосторожного обращения с орудиями во время работы.

Женский труд в нашем сельском хозяйстве применяется в основном наравне с мужским. Но необходимо при этом, чтобы женщины пользовались прозодеждой, например, комбинезонами, так как юбки могут легко попасть в незащищенные части машин.

Случаи относительно редко наблюдающегося детского сельскохозяйственного травматизма в большей своей части об'ясняются легкомысленным и небрежным отношением взрослых к полученному ими инструктажу: во время полевых работ, дети, цепляясь за машины, вследствие недосмотра, получают иногда довольно тяжелые повреждения. Бороться с детским травматизмом необходимо путем проведения просветительной работы и правильной организации надзора за детьми (детские площадки, ясли и др.).

Борьба с травматизмом должна итти по линии профилактики и правильной организации лечебного процесса. В отношении борьбы с травматизмом совершенно правильно определил д-р Соломонов: «люди, знающие свое дело, квалифицированные, травмируются гораздо меньше... Стахановцы не только реже травмируются, но, оказывается, что они даже меньше и болеют».

Профилактика сельскохозяйственного травматизма основана на изучении причин травм, на соответствующем предварительном ознакомлении широких слоев колхозников и сельскохозяйственных рабочих с техникой безопасности и основами оказания медицинской помощи в несчастных случаях. В первую очередь медицинские работники, в особенности врачи, должны быть знакомы с основными сельскохозяйственными машинами и техникой безопасности.

Для правильной организации медпомощи при травматизме, необходимо выработать правильную классификацию ранений; повидимому, самая удобная классификация—это анатомическая, с учетом характера повреждения. Необходимо выделить отдельные группы

повреждений, систематизировать, изучить их механизм, после чего провести раз'яснительную работу среди колхозников и сельскохозяйственных рабочих.

Наши лечебные учреждения мало уделяют внимания вопросам травматизма вообще и сельскохозяйственного, в частности. К сожалению, и наша литература по вопросам сельскохозяйственного травматизма еще довольно бедна: работы касаются преимущественно разбора отдельных машин с указанием предупредительных мер. Работ, посвященных статистике, учету, организации системы борьбы с сельскохозяйственным травматизмом, довольно мало. Положительным моментом могут служить отчеты хирургических отделений и клиник по данному вопросу.

Весьма важное значение имеет учет и борьба с так называемым мелким травматизмом—порезами, ссадинами, царапинами, которые при неправильном лечении могут дать довольно тяжелые осложнения. Этих травм не так уже мало, но своевременно и правильно наложенная асептическая повязка способствует предупреждению всякого рода осложнений и даже временной потери трудоспособности.

Задача лечения ранений заключается в недопущении развития первичной инфекции ран и предупреждения вторичного инфицирования, влекущего за собой осложнения. Огромный опыт военного времени, а также и послевоенного показывает, что всякая рана является первично инфицированной, причем инфекция остается местной в течение приблизительно первых 6 часов с момента нанесения травмы; после 6—12 часов возбудители проникают в окружающие ткани, а через 24 часа внедряются в глублежащие ткани и сосуды.

Стало быть, бороться с первичной инфекцией возможно путем первичного иссечения раны вместе с внедрившимися микроорганизмами, с последующим глухим или частичным швом. Этот метод первичного иссечения ран, произведенный преимущественно под местным обезболиванием, себя оправдал на громадном материале, что можно видеть хотя бы из данных травматологической клиники Института им. Склифасовского. Так, из 4445 случаев тяжелейших ранений, госпитализированных в клинике за 3½ года и подвергшихся своевременной первичной обработке в течение 2—3 часов после ранения, в 87,4% случаев произошло заживление первичным натяжением; в 10,1%—наблюдалось поверхностное нагноение; и только в 2,6% случаев отмечено более тяжелое нагноение (Гориневская).

Клинические наблюдения показали, что первичная обработка ран в течение первых 6 часов не является предельным сроком, что этот срок находится в зависимости от рода и силы вирулентности попавших в рану бактерий и от характера, вида и состояния самой раны. Однако, при более позднем поступлении больных, при сложном характере раны допускается первичная обработка без глухого шва. После 24 часов первичная обработка раны не должна производиться; необходимо выжидать образования демаркации и вторичного отторжения размозженных участков.

Переломы конечностей при сельскохозяйственном травматизме встречаются не очень редко. По статистике промышленного и сельскохозяйственного травматизма, эти переломы составляют от 0,44 до 2% всех травм.

Своевременно и правильно оказанная первая помощь на месте происшествия, надлежащая организация транспорта, квалифицированное и систематическое функциональное лечение,—вот что необходимо для борьбы с этим видом травматизма на сельском врачебном участке.

Открытые переломы значительно усложняют дело лечения их. Задача заключается как в лечении раны для предупреждения развития инфекции, так и в лечении самого перелома. Оказание срочной помощи при открытых переломах конечностей на месте происшествия имеет свои особенности, зависящие от характера перелома. Если в ране торчат осколки костей, вправлять сломанные кости не рекомендуется. На рану следует наложить стерильную повязку, не прибегая к репозиции отломков, а конечность иммобилизируется в том положении, в котором она находится.

Само собою разумеется, что больной должен быть немедленно транспортирован в больницу, так как обработка подобных осложненных переломов, при местном или общем обезболивании, допускается исключительно в операционной.

При подозрении на анаэробную инфекцию необходимо с профилактической целью ввести внутримышечно антигангренозную сыворотку. Лучшей профилактикой против анаэробной инфекции при открытых переломах является тщательная первичная обработка раны—иссечение размозженных тканей, лохмотьев мышц, кожи, экономное удаление мелких отломков костей, глухой или частичный шов,—в зависимости от времени поступления и характера перелома. Каждому больному, понятно, необходимо ввести противостолбнячную сыворотку.

Огромный опыт различных травматических и хирургических отделений подтверждает ничтожный процент газовых гангрен после подобной обработки открытых переломов. Материал травматической клиники им. Склифасовского, обнимающий 706 случаев открытых переломов трубчатых костей, леченных первичной обработкой, дал следующие результаты: выздоровлений—89,8%, ампутаций—8,1%, смертей—2,1%. А лечебные учреждения, не пользующиеся первичной обработкой переломов (клиника Шмидта и др.), дают следующие печальные результаты консервативного лечения: 55,2% выздоровлений, 23,3% ампутаций и 21,5% смертности. Эти цифры лучше всего свидетельствуют о преимуществах оперативного лечения открытых переломов по сравнению с консервативными методами.

При наличии больших дефектов кожи допускается первичная пластика лоскута, взятого по соседству с раной; это дает вполне удовлетворительный результат после правильной первичной обработки раны.

Последующее лечение ран основано на применении физических, химических и биологических методов.

Важным вопросом является также лечение открытых повреждений суставов. Хорошая первичная обработка суставов по Фридриху и последующий глухой шов в свежих и неосложненных случаях дают хороший результат; в более поздних случаях необходимо подходить индивидуально.

Тяжелые повреждения конечностей и туловища сопровождаются шоком, а потому хирургические и терапевтические отделения должны всегда иметь наготове консервированную кровь.

В настоящем небольшом обзоре коснуться лечения всех видов повреждений, например, вывихов, ожогов и т. п., безусловно невозможно. Необходимо твердо помнить, что борьба с сельскохозяйственным травматизмом возможна только путем правильной организации системы оказания медицинской помощи. Осуществлять ее рекомендуется по нижеследующей приблизительной схеме:

1. Самопомощь и взаимопомощь.
2. Санпосты и полевые здравпункты.
3. Сельская амбулатория.
4. Больница.
5. Специализированное травматическое отделение.

Лечебная помощь травматику должна оказываться по единому плану с момента повреждения до наступления трудоспособности.

Самопомощь и взаимопомощь осуществляется обучением колхозников и сельскохозяйственных рабочих подаче первой медицинской помощи в несчастных случаях; санпосты организуются силами краснокрестовского актива колхоза или совхоза.

Следующим этапом является сельский врачебный участок или участковая больница. К сожалению, дело оказания помощи не во всех наших сельских амбулаториях и больницах поставлено на должную высоту. Не везде имеется специальное оборудование для правильной обработки, для амбулаторного и стационарного лечения переломов. В результате этого, свежие раны нередко осложняются нагноениями, что ведет к потере трудоспособности, а в некоторых случаях и к стойкой инвалидности.

Важным фактором в борьбе с осложнениями ран является приближение квалифицированной медицинской помощи к месту происшествия. Это нетрудно наладить при наличии у нас хороших дорог, автомашин в колхозах и совхозах, карет скорой медицинской помощи при райздравах.

Необходимо все передовые этапы, оказывающие срочную медицинскую помощь, снабдить стандартными индивидуальными пакетами, шинами, инструментарием. Органы здравоохранения должны принять меры к снабжению сельских, районных, городских больниц травматологическим оборудованием, подготовить через институт усовершенствования необходимое количество хирургов-травматологов, знакомых со всеми современными методами специального лечения травматологических больных, а также научить средний медперсонал основам травматологии, включив это в программу средних медшкол.

Такая правильная организация травматологической помощи в условиях сельского хозяйства имеет большое значение в смысле избежания разного рода тяжелых осложнений после травмы.

Организация травматологической помощи в боевой обстановке на всех этапах медицинской помощи, начиная от линии огня и кончая глубоким тылом, проводится по единому плану. Самоотверженная работа медицинских работников в боях у озера Хасан дала возможность свыше 90% раненых возвратить в строй, в то время, как в старой армии во время империалистической войны в строй возвращалось 25—30%. В деле лечения сельскохозяйственной травмы мы также должны иметь четкий план организации.

Самопомощь и взаимопомощь в условиях сельского хозяйства имеет большое значение. Широкое ознакомление колхозников с во-

просами оказания первой помощи, а отсюда правильное шинирование конечности при переломе, правильное наложение индивидуального пакета, быстрая организация транспорта для перевозки на врачебный участок или в районную больницу,—обеспечат лучшее течение ранения и более быстрое его излечение.

Необходимо воспитать по методу д-ра Соломонова актив в каждом колхозе и подготовить людей, обучив их оказанию помощи при травмах. Население хорошо должно знать, что чем быстрее пострадавший будет доставлен в больницу, тем лучшим будет исход ранения. Сельскохозяйственные травмы в период полевых работ могут иметь тенденцию в увеличению. Поэтому необходимо, чтобы участковые и районные больницы к этому времени имели в запасе свободные койки, пополняли соответствующее оборудование. Каждый сельский врач должен быть хорошо знаком и владеть методом первичной обработки раны, владеть методом лечения переломов.

Советскому врачу дана широкая возможность повышать свою квалификацию. И надо помнить, что помимо умения правильно оказывать медпомощь при травмах, необходимо широко развернуть борьбу за снижение травматизма. Для этого надо изучать причины травматизма на сельскохозяйственных машинах, содействовать правильной организации труда и внедрению техники безопасности—все это ведет к снижению травматизма.

Для ведения учета сельскохозяйственного травматизма необходимо установить по определенной форме статистическую карточку.

Правильно налаженная работа по оказанию медицинской помощи травматику в районе, подготовка к этому делу медперсонала, а также широких колохозных масс—резко снизят сельскохозяйственный травматизм. Это также будет говорить о нашей готовности защищать свою социалистическую родину, как это показали уже наши работники в боях у озера Хасан.

К ПОСТАНОВКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ 1939—1940 гг.

Проф. Д. В. Лифшиц

Из института социалистического здравоохранения и гигиены (директор— П. В. Остапеня).

Органы здравоохранения имеют двустороннюю задачу: во-первых наилучшим образом удовлетворить потребности населения в различных видах медико-санитарной помощи, а во-вторых, максимально снизить заболеваемость и смертность, сохранить и укрепить живые ресурсы нашей советской страны.

Поэтому здравоохранение имеет не только культурно-бытовое, но и прямое народно-хозяйственное, оборонное и общегосударственное значение. В настоящих условиях советской действительности об'ективным контрольным показателем, объективным критерием для оценки правильности работы Народного Комиссариата здравоохранения, правильности направления деятельности всех его медико-санитарных звеньев служит факт снижения заболеваемости и смертности. Этот критерий конкретнее уточняется по тому, в какой мере, какими темпами это снижение идет по отдельным заболеваниям среди различных возрастных и общественных групп населения.

Рациональное планирование мероприятий по здравоохранению, рациональное развертывание лечебных и профилактических мероприятий и учреждений возможны только тогда, когда нам известны характер и размер заболеваемости в целом, а также интенсивность распространения отдельных заболеваний в половом и возрастном разрезах по городу, по селу, по профессиям, по социальному положению и по различным местностям страны.

Из сказанного вытекает вся важность, государственное значение изучения заболеваемости. Наркомздравом СССР, по указанию правительства, решено приступить к исследованию общей (всей) заболеваемости населения в 1939—1940 гг. в столичных и крупнейших городах СССР, а также в ряде сельских местностей.

Одновременно с постановкой учета общей заболеваемости, в основном касающегося учреждений амбулаторного типа, ставится также по больничным учреждениям учет госпитальных больных на основе заполнения специальной госпитальной статкарты. Учет госпитальных больных по ряду признаков (по видам заболеваемости, среднему пребыванию больного на койке по данному заболеванию и др.) даст нам возможность более рационально планировать коечный фонд по специальностям и по другим моментам, а также судить о качестве работы стационарных лечебных учреждений по некоторым показателям.

Вернемся к вопросу об изучении общей заболеваемости.

Постановка исследования заболеваемости населения именно в 1939—1940 гг. продиктована тем, что мы в январе 1939 г. имели перепись населения по СССР, откуда мы познаем количество и состав населения по полу, по возрасту, по роду занятий и по другим признакам.

Таким образом, перепись населения обеспечит нам возможность исчисления интенсивности или силы распространения заболеваемости по коэфициенту, т. е. на каждые 1000 или 10.000 населения для всяких сравнений и сопоставлений. До сих пор мы изучали только эпидемические заболевания, а с 1938 г. мы повсеместно, по всей территории СССР, поставили также изучение важнейших неэпидемических заболеваний (туберкулез, венерические, трахома, рак). Эпидемические и важнейшие неэпидемические заболевания в силу их заразности, тяжелых последствий и теперь еще находятся в центре внимания органов здравоохранения. В третью пятилетку мы должны добиться резкого снижения и даже ликвидации ряда эпидемических и важнейших неэпидемических заболеваний. Все же изучение эпидемических и важнейших неэпидемических заболеваний не снимает вопроса изучения общей (всей) заболеваемости, так как наша, государственная задача—правильной постановкой медико-санитарной помощи снизить и другие заболевания. В общую заболеваемость, кроме эпидемических и важнейших неэпидемических, входят, например, такие заболевания, как грипп, легочные (не только туберкулез легких), желудочно-кишечные (не только брюшной тиф и дизентерия), болезни нервно-психиатрические, болезни органов зрения, слуха, болезни обмена веществ, болезни сердечно-сосудистой системы и др. Это перечисление уже само говорит за важность постановки исследования общей заболеваемости.

Изучая общую заболеваемость, нам нужно будет выявить: удельный вес каждого заболевания среди всей заболеваемости и как часто то или иное заболевание встречается среди населения. Это поможет нам более рационально построить всю нашу медико-санитарную организацию и также даст возможность учесть сдвиги по всей заболеваемости и по отдельным заболеваниям в сопоставлении с прошлыми исследованиями или для будущих сопоставлений.

Исследование общей заболеваемости будет поставлено, как уже отмечалось, в крупнейших промышленных городах и в сельских местностях по отдельным врачебным участкам, а не повсеместно, как практикуется в настоящее время исследование эпидемических и важнейших неэпидемических заболеваний.

Постановка исследования общей заболеваемости сплошным порядком по всей территории Советского Союза—очень сложное и дорогостоющее дело; причем на данном этапе, при данном состоянии медицинской сети в сельских местностях не может быть обеспечен квалифицированный учет общей заболеваемости и контроль за надлежащей постановкой.

Кроме того, нет большой необходимости в повсеместной постановке учета исследования общей заболеваемости потому, что эпидемические и важнейшие неэпидемические учитываются повсеместно, а не выборочно. Это особенно важно при изучении этих заболеваний, где требуется повсеместный полный охват их учетом, знание их дислокации (т. е. их географического размещения) в виду их зараз-

ности, очаговости. В силу особого положения учет раковых заболеваний также повсеместный и полный.

Учет общей заболеваемости начинается с первой половины июля 1939 г. по трем городам: Минск, Витебск, Могилев, а в сельских местностях: по Минской области—врачебные участки Пуховичский, Самохваловичский, Колодищенский, Узлянский и Жодинский; по Витебской области—врачебные участки Боровянский, Кохановский, Сиротинский, Краснопольский, Островенский; по Могилевской области—врачебные участки: Городищенский, Сухаревский, Дашковский, Рижковецкий, Милославичский, Братковичский и Малятичский, т. е. всего 17 врачебных участков. К сожалению, Гомельская и Полесская области выпадают, так как статистический аппарат этих областей не может обеспечить руководство постановкой учета на врачебных участках. Это является безусловно известным дефектом в теперешней постановке изучения заболеваемости по БССР: южная часть БССР, имея некоторые особенности, не будет представлена в исследовании общей заболеваемости.

При постановке работы по изучению общей заболеваемости взяты сельские местности не по принципу статистической выборки, а по принципу отбора лучших врачебных участков для обеспечения качества статистического материала. Города отобраны также не по принципу статистической выборки по изучению заболеваемости городского населения, а по их экономическому и политическому значению.

Тем не менее, изучение общей заболеваемости в отношении трех городов, с населением свыше 100.000 каждый, а всего свыше 500.000 населения, даст нам достаточно полное представление о заболеваемости в крупных промышленных городах БССР. Взятые сельские местности, с населением свыше 100.000, в известной степени могут нам дать представление о заболеваемости сельского населения по указанным трем областям Белоруссии.

Постановка учета в отобранных местностях будет представлять для познания общей заболеваемости в БССР большую ценность.

Несмотря на то, что имеется довольно обстоятельная «инструкция по организации учета больных, контролю, собиранию регистрационного материала», составленная Наркомздравом СССР, все же следует хотя бы коротко сделать дополнительные раз'яснения и замечания по сути постановки учета заболеваемости, так как основная масса врачей мало знакома с этим вопросом.

Заболеваемость выявляется в порядке обращения больных за медицинской помощью. Но для исследования заболеваемости, для статистической обработки нужно каждое заболевание документировать (регистрировать) на специальной статкарте; причем нужно делать это так, как указано в инструкции Наркомздрава СССР: «в отличие от индивидуальной карты, на которую записываются все посещения больного, *амбулаторная статистическая карта* заполняется только на каждое *первое* обращение *в данном календарном году* по поводу *каждого заболевания* больного... безотносительно к тому, где эти заболевания обнаружены—при обращении больного в амбулаторно-поликлиническое учреждение, при оказании ему помощи на дому или при приеме его в стационар и лечении в нем». Эта статистическая карта названа амбулаторной потому, что главная масса первичных обращений больных по поводу каждого заболевания происходит в лечебных учреждениях амбулаторного типа. Статкарта имеет 15 пунк-

тов: первые 12 пунктов заполняются регистратурой, а последние 3 пункта, требующие специальной компетенции врача,—врачем.

Предварительным условием успеха постановки учета заболеваемости является хороший, исчерпывающий инструктаж регистратуры и врачей по правилам заполнения статкарты, согласно инструкции Наркомздрава СССР. Эта статкарта с заполненными ответами служит тем первичным материалом, теми основными камнями, из которых строится потом изучение заболеваемости. Доброкачественное и полное заполнение статкарты определяет и полноту изучения материалов заболеваемости в различных разрезах: в половом, возрастном, социальном, профессиональном и по другим признакам и пунктам, имеющимся в статкарте. И наоборот: недоброкачественное, небрежное, неполное заполнение статкарты делает бессмысленным всю дальнейшую статистическую разработку, срывает это государственного значения мероприятие по изучению заболеваемости, приводит только к лишней трате времени, сил и средств.

Поэтому правильное и внимательное заполнение статкарты, полное и разборчивое заполнение ее по всем пунктам, согласно инструкции, является центральной задачей постановки учета, исходным материалом всех дальнейших работ по изучению заболеваемости.

Чтобы правильно установить первичность обращения по каждому заболеванию, необходимо всем учреждениям амбулаторного типа подготовить и привести в порядок индивидуальные карты, откуда видно будет, имеем ли мы дело с первичным или вторичным обращением по данному заболеванию. Таким путем мы избегнем искусственного увеличения заболеваемости за счет неправильной регистрации.

Со стороны главврача необходимы систематический контроль и проверка заполнения статкарты регистратурой и врачами. Только таким образом можно обеспечить доброкачественность статистического материала. Этот постоянный инструктаж и контроль особо необходимы еще и потому, что постановка учета заболеваемости для массы врачей является в известной степени делом новым и непривычным. Есть и такие врачи, которые ограничивают свою деятельность узко понятой ими лечебной работой, не видят в своем лице врачей, служащих всему делу здравоохранения, людей, находящихся на общественной, государственной службе великой Страны Советов. Поэтому свою лечебную работу они не увязывают со всем делом организации здравоохранения, с общей государственной перспективой.

Горздравы, райздравы, главврачи должны помочь врачам осознать всю важность постановки учета заболеваемости. Это сознание нужно вызвать также и у регистраторов, статистиков, у всех товарищей, соприкасающихся с этим делом, развернув среди них соцсоревнование. Нужно облздравам, горздравам организовать соцсоревнование и между главврачами, заведующими сельскими врачебными участками на лучшую постановку учета заболеваемости. Только при постоянном инструктаже и контроле, при высоком сознании важности этого дела, при дружной работе мы можем надеяться и стремиться занять первое место среди союзных республик по постановке учета заболеваемости и с честью выполнить эту возложенную на нас важнейшую государственную задачу.

О ПОДГОТОВКЕ, ЗАДАЧАХ И РОЛИ САНИТАРНОГО ВРАЧА

Проф. З. К. Могилевчик

В деле санитарного оздоровления труда и быта трудящиеся Советского Союза, под руководством партии Ленина—Сталина, достигли больших побед. Об этом свидетельствует неуклонный под'ем физического состояния и творчества широких масс населения.

Наши успехи на санитарном фронте являются следствием общего экономического роста страны. Это именно и способствовало проведению широких оздоровительных мероприятий в быту и на производстве (жилищное строительство, водоснабжение, канализация, строительство бань, детсадов, яслей и т. д.), расширению сети здравоохранения, улучшению медико-санитарного обслуживания населения и пр. Для санитарного обслуживания создана специальная сеть санитарных учреждений.

Рост санитарного благополучия страны Советов является одним из наиболее ярких и убедительных примеров сталинской заботы о человеке. Однако, поставленные партией и правительством задачи санитарного оздоровления труда и быта и ликвидации эпидемических заболеваний полностью еще не выполнены. Для разрешения этих задач органам здравоохранения даны широчайшие возможности, но эти возможности до сих пор далеко не в полной мере использованы. Причиной этому является прежде всего недостаток квалифицированных санитарных кадров, а «кадры решают все» (Сталин).

В настоящий момент общее число санитарных врачей по республике составляет около 110 человек.

Дальнейшее развитие широких оздоровительных мероприятий, предусмотренных решением XVIII съезда ВКП(б) на третье пятилетие, острее ставит перед Наркомздравом СССР вопрос об обеспечении республики квалифицированными санитарными работниками. От правильного разрешения этих мероприятий зависит успех и эффективность специальных мер борьбы и ликвидации эпидемических заболеваний.

До сих пор органы здравоохранения БССР осуществлению общеоздоровительных мероприятий уделяли не совсем достаточное внимание. Они фиксировали отдельные недостатки, исправить которые теперь гораздо труднее, чем раньше было предупредить. Не созданы были необходимые кадры и условия для их работы.

В отношении кадров необходимо иметь в виду не только количество их, но и повышение их качества. Пополнение кадров из числа оканчивающих лечебный факультет без специальной подготовки не

разрешает еще полностью вопроса. Жизненные требования к санитарному врачу гораздо шире, чем его знания в об'еме подготовки для лечебно-профилактической работы.

Отдельные упущения и недостатки на пройденном этапе носили явно вредительский характер. Они являлись следствием не только слабости, но и политической близорукости отдельных санитарных работников, способствовавшей врагам народа подрывать и ослаблять под'ем санитарного благополучия республики. К таким санитарным упущениям можно отнести размещение вредных промпредприятий в Могилеве без всяких мер санитарной охраны населения, выбор явно неблагополучных мест водозабора для центральных водопроводов (Витебск, Полоцк, Бобруйск), недостатки в жилищном и культурно-бытовом стрительстве (отсутствие бытовых удобств, отсутствие основных элементов санитарно-технического благоустройства там, где без этого невозможно обойтись, излишняя плотность застроек и т. д.), торможение мероприятий общего благоустройства населенных мест (водоснабжение, очистка, канализация и др.), загрязнение сточными водами и отбросами почвы и водоемов. Все это приводило к вспышкам кишечных инфекций (Витебск, Речица, Могилев и др.), к случаям снабжения населения порчеными и загрязненными продуктами питания и т. д. Можно было бы привести и ряд других фактов вредительства, которые впоследствии были вскрыты на судебных процессах над врагами народа и хорошо известны из широкой печати. Большинство из них прямо или косвенно подрывали санитарное благополучие республики.

Для разрешения вопроса о санитарных кадрах, в составе Белорусского Государственного медицинского института в 1938 г. восстановлен санитарный факультет, который в 1934 г. был вредительски закрыт. Прием на первый курс санитарного факультета решением Всесоюзного комитета по высшей школе определен в 100 человек. Принято же в прошлом году 115. Учебная база для санитарного факультета имеется. Недостающие для старших курсов кафедры—эпидемиологии, коммунальной и пищевой гигиены, гигиены труда,—которые с закрытием санитарного факультета вошли в состав кафедры общей гигиены, вновь восстанавливаются на базе кафедры общей гигиены, кафедры микробиологии, Института соцздравоохранения и гигиены, Института микробиологии и эпидемиологии.

Кафедра общей гигиены, вырастившая за последние годы вполне полноценные кадры, достаточно укрепила свою учебную базу. Кроме профессора, она имеет 3 доцентов, которые вполне подготовлены для работы на санитарном факультете, 5 ассистентов, 5 аспирантов, 4 лаборантов и 3 препараторов. Лабораторное оборудование кафедры достаточно не только для преподавания, но и для ведения научных работ. В библиотеке насчитывается около 1000 экземпляров книг, в музее—свыше 450 наглядных пособий и т. д. Все это говорит за то, что кафедра гигиены окрепла и может удовлетворять запросы не только лечебного факультета, но и определенные области санитарного.

Институт соцздравоохранения и гигиены и Институт микробиологии и эпидемиологии, которые представляют собою солидную научно-производственную базу, дополняют недостающее. Базой для производственной практики служат межрайонные санитарные станции в Минске, Витебске, Гомеле, Могилеве.

Гигиеническая подготовка необходима также и для лечащего врача. В условиях советской действительности лечебное дело неразрывно связано с профилактикой, одно должно дополнять другое и вести к достижению конечной цели—широкому санитарному оздоровлению трудящихся. Нельзя при этом забывать и того обстоятельства, что санитарно-гигиеническая подготовка врача имеет огромное оборонное значение.

Для руководства санитарной работой, которая ложится на лечащих врачей, и для разрешения более сложных санитарных задач необходимы квалифицированные в данной области кадры. Таких специалистов даст санитарный факультет. Санитарный врач получает достаточную общемедицинскую и клиническую подготовку. Без этого нельзя быть санитарным врачем. Специальные дисциплины, наряду с общемедицинскими и клиниками, начинают вводится на старших курсах (4 и 5). Таким образом, санитарный факультет дает такое же законченное высшее образование, как и другие факультеты мединститутов.

Санитарное дело в советской стране—дело большой государственной важности. Для поднятия его на надлежащую высоту необходимо поставить санитарную организацию в наиболее благоприятные условия работы—путем повышения зарплаты санитарным врачам, расширения сети санитарных учреждений (дезстанции, прививочные пункты, лаборатории, малярийные станции, инфекционные больницы, дома санпросвещения и др.), укрепления материально-производственной базы их, обеспечения автотранспортом и т. д. В последнее время в этом отношении сделаны первые шаги.

Быть санитарным врачем в стране победившего социализма—дело большой чести. Что может быть достойнее и почетнее в счастливую сталинскую эпоху, чем стоять в рядах созидателей тех условий, которые способствуют развитию и под'ему на высшую ступень физических сил и творчества социалистического общества. Эти условия создаются путем улучшения и оздоровления жилищно-бытовых условий, водоснабжения, путем улучшения питания широких масс населения, путем различных мероприятий по санитарной охране воды, воздуха и почвы населенных мест, путем оздоровления условий труда на производстве и в сельском хозяйстве, путем распространения гигиенических знаний среди широких масс населения, путем правильной постановки мер борьбы и профилактики эпидемических заболеваний (дездело, прививки, госпитализация острозаразных больных и пр.).

Широкие оздоровительные мероприятия в своей массе практически осуществляются различными хозяйственными органами. Задача санитарного врача—госсанинспектора заключается в том, чтобы такого рода мероприятия, как жилищно-бытовое, культурное и промышленное строительство, социалистическая реконструкция и благоустройство города и колхозной деревни, снабжение населения продуктами питания, общественное питание и другие, проводились в соответствии с требованиями гигиены и были направлены на охрану здоровья трудящихся.

Для этого санитарный врач должен изучить существующие условия и на этой основе разрабатывать оздоровительные мероприятия и методы их осуществления, следить и контролировать их выполнение,

руководить и помогать в санитарной работе лечебно-профилактической организации.

В исследовательской работе и в разрешении текущих вопросов научно-практического характера санитарный врач опирается на свою санитарно-бактериологическую лабораторию. Противоэпидемическая работа ведется рядом других учреждений (дезпункты, дезстанции, санпропускники, инфекционные больницы, малярийные станции и др.), которыми санитарный врач располагает, руководит и в которых сам работает.

В своей практической работе санитарный врач опирается на широкую общественность. Если работа с массами умело организована и методически правильно поставлена, можно сделать очень многое. Несложная текущая работа выполняется средним и техническим персоналом, как и в других медицинских учреждениях, что дает санитарному врачу при умелом, конечно, руководстве возможность заниматься более серьезной и глубокой работой планового порядка, в процессе которой санитарный врач расширяет свой общий кругозор и становится специалистом высокой квалификации. На базе общей подготовки можно стать крупным специалистом в любой отрасли санитарного дела: в области коммунальной санитарии, пищевой, промышленной, эпидемиологии, лабораторного дела и др.

Преданный социалистическому строительству и знающий свое дело санитарный врач пользуется авторитетом у советских, партийных и общественных организаций. Его поддерживают, с ним советуются при разрешении хозяйственных вопросов оздоровительного порядка.

Санитарный врач в своей работе всегда находит полное моральное удовлетворение, так как для осуществления своих задач советским законом ему предоставлены большие юридические права и широчайшие материальные возможности.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ГОРОДСКИХ ДЕТСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ*)

Л. Г. Сироткина.

Из научно-исследовательского института Охматдета БССР (директор—А. М. Вовшина, научный руководитель—проф. В. А. Леонов).

Ни одна страна в мире не имеет и не может добиться таких огромных достижений в области охраны материнства и детства, какие имеет страна Советов за 20 лет Октября. Эти достижения возможны только у нас потому, что партия и правительство, лично товарищ Сталин исключительное внимание уделяют заботе о матери и ребенке, выдвигая ее на одно из первых мест в социалистическом строительстве.

Исторический документ о запрещении абортов, расширении роддомов, яслей, помощи многодетным—подчеркивает политическую важность дела обслуживания матери и ребенка. Это должно придать новые силы всем работникам данного участка здравоохранения в выполнении возложенных на них ответственных задач по охране здоровья матери и ребенка, снижению заболеваемости и смертности.

Одним из звеньев единой неразрывной системы охраны материнства и младенчества является консультация. Консультации для детей возникли как учреждения санитарно-профилактического характера. Содержание их работы сводилось, главным образом, к пропаганде грудного вскармливания и правил ухода за детьми. Они были школой материнства для сотен тысяч женщин и своей работой содействовали снижению детской заболеваемости и смертности среди детей.

Но постепенно консультации из санитарно-профилактического учреждения стали на путь обслуживания не только здоровых детей, но и больных, из-за отсутствия амбулаторий для грудного ребенка.

На IV съезде Охматмлада дискутировался вопрос о том, должна ли консультация взять на себя кроме профилактических также и лечебные функции в отношении детей раннего возраста. С'езд постановил, что консультация должна охватить детей лечебно-профилактической помощью, и уже к концу первой пятилетки мы имеем в отдельных городах охват детей лечебно-профилактической помощью как в стенах консультации, так и на дому. Постепенно все городские консультации перешли на такое обслуживание детей.

*) Доложено на Всебелорусском совещании работников ОММ в ноябре 1937 г.

Эту работу необходимо углубить. Необходимо сохранить единство в обслуживании ребенка, сохранить связь между одним и тем же врачем и ребенком в различных стадиях его роста, развития и состояния здоровья. Причем врач является ответственным за определенных детей, которых он обслуживает—этим самым ликвидируется обезличка в деле медицинского обслуживания. Но надо отметить, что наши консультации, построенные и приспособленные для приема здоровых детей, оказались непригодными для обслуживания больных—мы взяли на себя лечебные функции без необходимых элементарных предпосылок.

Прием здоровых детей должен быть отделен от приема больных. Там, где возможно, особенно при новом строительстве, необходимо для них создавать отдельные помещения с отдельным выходом и входом. Консультация, таким образом, должна составляться из двух отделений: консультационно-профилактического и отделения больного ребенка. Врач должен принимать своих детей как в отделении здорового, так и больного ребенка.

Здоровые дети—это те, которые не представляют опасности для распространения острых инфекционных заболеваний.

Тяжело больным детям, детям с высокой температурой, необходимо оказывать помощь на дому. Это—важнейшее мероприятие по борьбе с инфекционными заболеваниями. Запись врача на дом к больным детям должна проводиться в отделении для больного ребенка. В это отделение пойдут дети, больные гриппом, колитом, дети с гнойными заболеваниями. У входа в отделение должен быть фильтр с квалифицированной медсестрой. Дети с явными признаками инфекционных заболеваний не должны допускаться в помещение для больного ребенка. Прямо из фильтра их надо отправлять или в больницу, или домой, куда к ним направляется врач.

Ожидальня для больных детей должна быть забоксирована. Боксы должны быть закрытые, с особым выходом. В отделении специальная сестра наблюдает за порядком, регулирует движение больных детей, содействует в установлении связи с врачем.

На врачей консультации возлагается обязанность и большая ответственность за подготовку и переподготовку сестер, особенно в вопросах распознавания и борьбы с детскими инфекциями.

Обслуживание здоровых детей необходимо поставить так, чтобы консультация стала центром всей участковой санитарно-бытовой работы по охране материнства и младенчества в районе, всех массовых оздоровительных мероприятий по охране детства. Отделение для здоровых детей должно быть учреждением не только санитарно-профилактического порядка, но и педагогического, для чего необходимо, чтобы в ожидальне всегда находился педагог.

В консультации коридоры, кабинеты, ожидальня должны служить для регулярной инструкции по всем вопросам ухода за ребенком, вскармливания, воспитания. Следует организовать посезонно выставки по борьбе с летними поносами, с гриппом, с инфекционными заболеваниями, санитарные газеты.

Надо так поставить дело, чтобы мать могла использовать время пребывания в консультации не только для совета с врачем или педагогом, но и для повышения своего общего культурного уровня по вопросам реконструкции быта.

Консультация должна пользоваться всеми видами специальной врачебной помощи там, где возможно иметь специальные кабинеты (отоларингологический, кожный, глазной, хирургический). Там же, где помещение не позволяет иметь эти кабинеты, консультация пользуется всеми видами специальной помощи общей поликлиники своего района, с которой необходимо установить тесную связь. Важное значение имеет организация физиотерапевтического кабинета со всеми видами помощи (кварц, гимнастика, диатермия) и пунктов по сбору женского молока.

Таким образом, консультация должна проводить санитарно-профилактическую работу, а также педагогическую работу и быть квалифицированным центром медицинского обслуживания всех детей раннего возраста.

В настоящее время ясельная сеть значительно расширяется, и перед нами стоит задача 100-процентного охвата детей яслями. Какова же роль консультации в отношении этих детей.

Мы уже говорили, что консультация должна явиться поликлиникой, иметь все виды квалифицированной медпомощи для детей своего района. Такая поликлиника и должна обслуживать ясельных детей своего района. Для этого консультация должна иметь постоянную связь с яслями, консультируя с врачем яслей как в отношении медицинского обслуживания детей, так и в отношении организационных вопросов. Если ясли обслуживают детей по территориальному принципу, врач яслей является одновременно и врачем консультации данного района.

Консультация обслуживает ясли всеми видами специальной помощи. Специалисты, которые находятся в распоряжении консультации, должны, помимо экстренных вызовов, систематически посещать ясли. Как ясли, так и консультации должны быстро сигнализировать об инфекционных заболеваниях. Врачи яслей должны сообщать о каждом случае инфекционного заболевания консультации, указывать адреса заболевшего ребенка для принятия профилактических мер на участке; врачи консультации в свою очередь должны сообщать яслям о всех случаях инфекционных заболеваний в домах, где имеются ясельные дети.

Весь район, обслуживаемый консультацией, необходимо разбить на участки—по 600-700 детей. К каждому участку прикрепляются врач и патронажная сестра, которым поручается забота о детском населении своего участка. Один из основных лозунгов работы консультации—врач и сестра отвечают за жизнь и здоровье детей своего участка.

Ни один участок здравоохранения не требует такой четкой работы в развертывании профилактических мероприятий, как это имеет место среди детей раннего возраста. Высокая заболеваемость и смертность детей этого возраста в сравнении с другими возрастными группами ставят врача в чрезвычайно ответственное положение. Врач должен быть хорошо осведомлен в вопросах диэтетики, ранней диагностики и быть в курсе последних научных достижений.

Развертывание профилактических мероприятий требует исключительно плановой, заранее продуманной работы соответственно возрастной группе. Так, главные причины смертности в возрасте первого года жизни—острые желудочно-кишечные заболевания, заболевания дыхательных путей, а далее идут острые инфекционные забо-

левания. Без изучения участка, без ознакомления со всею сложностью социально-бытового окружения ребенка, уклада каждой семьи, знания инфекционных очагов,—не может быть составлен конкретный план работы.

Изучение участка врач проводит с помощью патронажной сестры. Патронаж—это связующее звено между консультацией и семьей. Связь эту необходимо устанавливать возможно раньше, в первые недели после рождения ребенка. Для учета новорожденных и проведения санитарно-просветительной работы среди матерей, патронажная сестра один раз в декаду обходит родильные дома, получает адреса новорожденных. Необходимо, чтобы о родившихся недоносках и детях с малым весом родильный дом сообщал консультации накануне выписки. Патронажная сестра, получив такие сведения, не позже чем через три дня должна посетить детей на дому. Недоносков, детей с врожденной слабостью посещает врач.

При первом посещении сестра знакомит мать с задачами, стоящими перед консультацией, сообщает матери о часах приема врача, заполняет патронажный лист, производит осмотр ребенка. При осмотре ребенка особое внимание должно быть обращено на состояние кожи, пупка и глаз. При малейшем уклонении от нормы к ребенку направляется врач. Если по истечении недели после первичного посещения мать с ребенком не явилась в консультацию, сестра отправляется в дом вторично и выясняет причины неприхода матери. Каждое посещение сестра должна использовать для того, чтоб научить мать технике ухода и вскармливания, раз'яснить матери необходимость грудного вскармливания, обучить ее правильным приемам пеленания, купанья, обмывания с уходом за органами чувств ребенка. Перед уходом сестра уславливается с матерью о дне и часе своего следующего посещения. И необходимо, например, чтобы мать, для демонстрирования ею техники купанья, заранее приготовила воду. Обучение должно носить чисто практический характер. Сестра не должна ограничиваться словесными наставлениями. Необходимо, чтобы она показала все приемы ухода на ребенке и успокоилась только тогда, когда убедилась, что они матерью вполне усвоены.

Когда ребенок начинает получать прикорм, патронажная сестра знакомит мать с техникой приготовления пищи, с техникой ухода, кормления. Одновременно с обучением матери сестра ведет наблюдение за состоянием здоровья и развития ребенка.

Все данные, получаемые путем опроса, сестра заносит в патронажный лист. Она контролирует правильность выполнения матерью предписаний врача, обращает особое внимание на неправильности кормления, недостатки ухода, недостаточность пользования свежим воздухом и старается их устранить. В своем патронажном листе сестра делает отметки как о всех замеченных ею дефектах ухода, так и о достигнутых впоследствии улучшениях. Это облегчает санпросветработу врача.

Сестра должна приложить свои старания не только к устранению недостатков ухода за ребенком, но и к улучшению общих гигиенических условий, в которых протекает его жизнь. Она должна обратить внимание на количество воздуха и света в комнате, где находится ребенок, на чистоту помещения и дать необходимые практические указания и советы, выполнимые в данной обстановке. В противном случае сестра рискует лишиться всякого доверия матери.

В первые полгода и особенно в первую четверть года сестра должна посещать ребенка возможно чаще—один раз в 2 недели, после полугода достаточно посещения один раз в месяц. В первые один-два месяца желательно даже, чтобы сестра посещала ребенка еженедельно.

Участковый врач и сестра—это бригада, которая должна иметь точный учет детского населения своего участка. Бригада эта должна иметь сведения о динамике детского населения своего района (отмечать выбывших, прибывших, умерших, вести учет заболеваний). Основная задача бригады—добиться снижения заболеваемости и смертности на своем участке.

Профилактические мероприятия должны проводиться по четырем основным направлениям: 1) профилактика острых желудочно-кишечных заболеваний, 2) заболеваний дыхательных путей, 3) туберкулеза и 4) инфекционных заболеваний. Возрастная группа до полутора лет дает наибольший процент заболеваемости со стороны желудочно-кишечного тракта. Дети «искусственники», на смешанном вскармливании, недоноски, двойни, тяжелые эксудатики, дистрофики, дети, находящиеся в плохих санитарных условиях, рахитики, дети, перенесшие желудочно-кишечные заболевания, берутся на особый учет. Среди матерей широко проводится санпросветительная работа не только весной и летом, но и в течение всего года. Также должно концентрироваться особое внимание на профилактике дистрофии (применение плазмона, плацентарной сыворотки, инсулинотерапии детей, плохо идущих в весе), дающей самый большой процент всех заболеваний вообще и желудочно-кишечных в частности.

Огромное внимание должно быть уделено пропаганде, борьбе за грудное вскармливание ребенка, которое является одним из важнейших факторов, обеспечивающих правильное развитие ребенка.

Для профилактики летних поносов отобранные дети заносятся на карточку, чтобы находиться в поле зрения участкового врача и сестры. К этим детям должен быть усилен патронаж, эти дети должны посещать консультацию не реже одного раза в 10 дней. Одновременно с урегулированием учета необходимо провести переподготовку персонала путем организации ряда семинаров. Персоналу должна быть дана точная установка,—на какие моменты в быту следует обращать сугубое внимание, каковы причины летних поносов и меры борьбы с ними. Взятые на учет дети должны быть обеспечены питанием из молочной кухни и грудным молоком из пункта по сбору женского молока; диэтическим питанием должны быть обеспечены все заболевшие. При организации летней оздоровительной площадки ослабевшие дети получают место в первую очередь, для чего учет их должен быть закончен в середине апреля. Одним из мероприятий, имеющих важное значение в борьбе со смертностью от желудочно-кишечных заболеваний, является организация дневных стационаров при консультациях.

При существующей недостаточности стационарной сети в летнее время, в особенности на периферии, дети с острой диспепсией почти не поступают в больницу. И не во всех случаях острой диспепсии это необходимо. Там, где может быть организован хороший уход за ребенком на дому, нет надобности госпитализации его. С другой стороны, опыт показал, что у больных детей, необеспеченных уходом, живущих в неблагоприятных бытовых условиях (особенно у дистро-

фиков), острая диспепсия переходит в токсическую. А сколько матерей грешат неправильным выполнением назначений врачей в отношении голодной диэты, последующих дозировок пищи и т. д. Этих-то детей и помещают в дневной стационар на 12 часов. Вечером, когда ребенок отправляется домой, ему выдается необходимое питание и питье на ночь, а матери даются самые точные указания по уходу. Дневной стационар—школа для матерей по уходу за ребенком, заболевшим поносом. Он оказывает огромную помощь и врачам консультации, давая возможность своевременно и в нужный момент госпитализировать ребенка.

Профилактика заболеваний дыхательных путей проводится преимущественно в осенне-зимний период. При этом дети выделяются по тому же принципу, как и при летних детских поносах, кроме того, добавляются еще дети с положительной реакцией Пирке. С матерями проводится соответствующая санпросветработа. В профилактике этих заболеваний основным моментом является широкое пользование свежим воздухом, широкое использование кварца, употребление рыбьего жира, витаминных соков—борьба с дистрофиями, применение плазмона, ларозана, плацентарной сыворотки, а также инсулина для детей, плохо идущих в весе.

Для профилактики туберкулеза врач должен выявлять и регистрировать все туберкулезные очаги, для чего, помимо опроса, необходимо пользоваться данными тубдиспансера. Сведения эти по мере их обнаружения должны сообщаться диспансером в консультацию. Знание тубочагов особенно ценно, так как это дает возможность своевременно принять профилактические мероприятия против туберкулеза. Участковый врач ведет свою работу в постоянном контакте с врачем, проводящим туберкулезный прием в консультации. Дети вакцинированные по Кальметту берутся на особый учет и под особое наблюдение. Этим детям каждые 3 месяца проводится реакция Pirquet.

Профилактика острых инфекционных заболеваний касается больше старшей возрастной группы. На первом месте стоит корь, далее дифтерия, скарлатина, коклюш, ветряная оспа. К сожалению, активной иммунизации против кори мы не знаем. Но у нас есть верное средство профилактики кори—пассивная иммунизация, путем введения сыворотки крови человека. С этой целью врач, при получении сведений о коревой инфекции, вводит сыворотку в этой квартире всем детям до 4 лет. Врач должен быть связан с санстанцией, кроме того он должен провести соответствующую санитарно-просветительную работу среди жителей данной квартиры, чтобы получить кровь от родителей для приготовления сыворотки.

Верное средство против дифтерии—проведение активной иммунизации. Наблюдение за тем, чтобы все дети были иммунизированы, лежит на обязанности врача. Дети, имевшие контакт с инфекционными больными, посещаются через день патронажной сестрой на дому. Кроме того, в консультации вывешивается сигнализационный лист для того, чтобы дети этого инфекционного очага в консультацию не принимались. Если в консультацию попал больной ребенок, подозрительный по инфекции, необходимо отметить всех детей, которые были с ним в контакте, с целью дальнейшего наблюдения за ними. Эти дети на весь инкубационный период посещаются патронажной сестрой.

Все инфекционные заболевания регистрируются в особой книге. Чрезвычайно важно также своевременно осведомлять и знать о наследственном сифилисе и гоноррее. Консультация для женщин и вен-диспансер о всяком случае обнаружения сифилиса или гонорреи обязаны сообщать в детскую консультацию. Связь с женской консультацией осуществляется через обменные карточки. Мать получает карточку в женской консультации, с этой карточкой она поступает в роддом. С отметками роддома карточка снова попадает в женскую и детскую консультации.

Каждый случай смертности на участке должен подвергаться обсуждению и анализу его причин на конференциях врачей консультации. Активно бороться за каждую детскую жизнь, за снижение детской заболеваемости и смертности у себя на участке—вот первая и главная часть работы врача на участке. Участковая бригада своей работой должна содействовать переводу неорганизованного детского населения в организованное (ясли еще не могут на сегодняшний день охватить всех детей). С этой целью бригада выбирает на участке наиболее подходящие опорные точки (рабочие общежития, поселки, крупные жакты) и организует прогулочные группы, оздоровительные площадки. Эти прогулочные группы—первичные ячейки коллективного воспитания детей на участке—постепенно переходят в домовые ясли.

Общая профилактика заболеваемости в раннем детском возрасте, борьба за санмаксимум жилища, за культурный быт не могут быть проведены только силами участковой бригады (врача и сестры) консультации. К этому должны быть привлечены все медицинские работники участка, представители от домоуправлений, санинспектора. Из них создается производственное совещание, которое вырабатывает план по проведению санмаксимума, план санитарно-просветительной работы; с помощью актива эти мероприятия и проводятся в жизнь. Каждый квартал врач подводит итоги своей работы.

По борьбе с летними поносами подведение итогов производится к концу осени, по борьбе с гриппом, пневмониями—к началу лета.

Подведение итогов, конкретное изучение заболеваемости и смертности дадут возможность учесть возможные ошибки. В результате, детское население, подготовленное соответствующим образом к возможности сезонных заболеваний, обеспеченное правильным уходом и вскармливанием обученных матерей, безусловно даст минимальную заболеваемость.

Консультация является также помощником инспектору ОММ горздрава в проведении всех мероприятий по охматмладу на районе, обслуживаемом данной консультацией.

Большое место в работе консультации должна занимать санитарно-культурная работа. Формы и методы этой работы разнообразны: санитарные лотереи с премиями, вечера вопросов и ответов на различные темы (об уходе за ребенком, о вскармливании, значении грудного вскармливания, о борьбе с летними поносами, с расстройствами питания, о рахите, заболеваниях дыхательных путей и их профилактике и т. д.). Очень важно, чтобы в этой работе принимали участие не только матери, но и другие члены семьи, особенно отцы и те, кто непосредственно обслуживает и ухаживает за ребенком.

Групповые беседы по актуальным вопросам во время приема в консультации проводит врач; организация этих бесед—дело сестры.

Количество матерей в группе может колебаться от 3-4 до 10, но они должны обязательно посещаться и персоналом данного учреждения. Рекомендуется также развернуть соцсоревнование между матерями на лучшее проведение борьбы с летними поносами. Пункты соревнования могут быть следующие: 1) посещение консультации в дни и часы, назначенные врачем; 2) обязательное посещение групповых занятий, а также участие в массовой санитарно-культурной работе (санитарные лотереи, вечера вопросов и ответов, конференции и т. д.); 3) выполнение всех указаний врача по кормлению и уходу за ребенком, а также гигенических правил, относящихся к содержанию жилого помещения (чистота, способ уборки, проветривание).

Соцсоревнование надо проводить также и между персоналом данного учреждения, а также между отдельными консультациями на уменьшение заболеваемости, на улучшение качества своей санитарно-культурной работы.

Большое значение имеет освещение всех вопросов в санитарной газете. Целесообразно организовывать выставки как в консультациях, в яслях, так и на производствах, а также и продажу соответствующей литературы. Указания на важнейшие моменты по уходу за ребенком, борьбе с поносами, острозаразными заболеваниями, о важности пользования свежим воздухом и т. д. лучше всего показывать в форме лозунгов, плакатов. Необходимо практиковать также распространение листовок по борьбе с поносами, с гриппозными заболеваниями. Рационально также вывесить коротенькое инструктивное наставление в раздаточной молочной кухне. Это целесообразно потому, что смеси для детей берут не сами матери, а очень часто и другие члены семьи, которым приходится сохранять смеси и кормить детей.

Однако нельзя ограничиваться развертыванием санитарно-культурной работы только в консультации. Работу надо проводить и в женской консультации (ознакомление матерей с вопросами ухода и воспитания ребенка), и на производстве (консультация в цеху по вопросам борьбы с летними поносами, инфекционными заболеваниями и т. д.), надо организовывать уголки, где развесить лозунги и плакаты по уходу, воспитанию ребенка, по борьбе с поносами, с инфекциями, проводить конкурсы на лучшую мать и ребенка.

Для санкультурной работы надо использовать также печать и радио.

Исходя из всех указанных мероприятий, консультация составляет свой годовой план работы. Этот план составляется на основе квартальных и годовых планов каждого участкового врача.

Постановление СНК и ЦИК СССР от 27 июня 1936 г. о запрещении абортов, расширении сети яслей, роддомов, помощи многодетным и т. д. является документом, имеющим огромное политическое и практическое значение. Особенно большая ответственность за реализацию его возлагается на женскую и детскую консультации.

Большое внимание необходимо уделять многодетным матерям. Огромная материальная помощь, своевременно полученная многодетной матерью и правильно использованная ею в интересах ребенка, ведет к улучшению здоровья ребенка и всего быта, а это является основной задачей консультации.

Но роль консультации не должна только ограничиваться пропагандой и раз'яснением значения и важности вопроса о пособиях. Консультация, в лице своих социально-правовых кабинетов или специально выделенных работников, должна активно и реально помогать матерям осуществлять свои права.

Консультациям выпала почетная и ответственная задача в деле реализации и проведения в жизнь исторического закона от 27 июня 1936 г.

К НАУЧНОЙ РАБОТЕ НА УЧАСТКЕ

Заслуженный деятель науки проф. М. Л. Выдрин

1. Обезболивание родов простейшими способами в условиях хаты-родильни, участковой и районной больницы.

Руководство: инструкция по обезболиванию родов, изд. Наркомздравом СССР.

2. Лечение эклампсии сернокислой магнезией.

Литература: 1. Бровкин «К лечению эклампсии магнезиальным раствором». Журнал акуш. и женских болезней 1934 г. том № XLV, кн. 3. 2. Строганов «Усовершенствованный профилактический метод лечения эклампсии». Журнал «Акушерство и гинекология», 1937, № 11. 3. Рапопорт «Лечение эклампсии сернокислой магнезией». Казанский медицинский журнал, 1938 г. № 5—6.

3. Лечение предлежания последа.

Литература: 1. Учебники по акушерству проф. Выдрина, Гентера и Скробанского. 2. Канторович и Рапопорт «О лечении предлежания последа», Казанский медиц. журнал, 1936 г. № 8. 3. Журналы по акушерству и гинекологии за 1935—1938 г. г.

4. Течение послеродового периода при внутриматочных вмешательствах.

Литература: 1. Гентер «К вопросу о ведении послеродового периода». Советский врачебный журнал № 13, 1936 г. 2. Александровский «Ручное отделение последа и ручное обследование полости матки».

5. Применение стрептоцида за несколько дней до родов и во время родов,— как профилактическое средство против послеродовой инфекции.

Литература: 1. Полонский «Опыт профилактики послеродовых заболеваний стрептоцидом», Советская медицина № 16, 1938 г. 2. Дозорцева «Стрептоцид в профилактике и терапии послеродовых заболеваний».

6. Лечение инфицированных выкидышей.

Литература: 1. Руководство проф. Бубличенко по послеродовым заболеваниям. 2. Журналы по акушерству и гинекологии за 1935—1938 гг.

7. Лечение септических послеродовых заболеваний аммаргеном.

Литература: 1. Ермолаев. Труды 1-го ММИ, сборник IV, 1935 г. 2. Бродский журнал «Акуш. и гинекология» № 5, 1937 г. 3. Мельникова и Тарзонова журнал «Акуш. и гинекология», № 11 1936 г. 4. Сигов—журнал «Акуш. и гинекология», № 6, 1936.

8. Лечение эрозий шейки матки рыбьим жиром.

Литература: 1. Зелинский, журнал Акуш. и гинекол. № 4, 1938 г.

9. Течение родов в условиях хаты-родильни.

С'ЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

О СОВЕЩАНИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО АКТИВА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ БССР

11—13 мая 1939 г. в Минске состоялось республиканское совещание актива работников здравоохранения БССР. На совещании заслушан был доклад наркома здравоохранения БССР тов. Новикова о состоянии здравоохранения БССР и основных задачах на 1939 г.

Тов. Новиков в своем докладе отметил те огромные достижения, которые имеются в области здравоохранения БССР за годы сталинских пятилеток и особенно подробно остановился на недостатках работы органов здравоохранения. Наиболее крупными недостатками в работе системы здравоохранения являются:

1. Недостаточная работа по снижению детской заболеваемости и смертности.

2. Слабая противоэпидемическая работа, отсутствие четкой организации и системы по предупреждению и быстрой ликвидации эпидемических вспышек, невыполнение плана профилактических прививок и недостаточно развернутая санитарно-просветительная работа.

3. Неудовлетворительное выполнение плана капиталовложений как по декретному строительству, так и по другим об'ектам строительства, а также по ремонту медико-санитарных учреждений.

4. Неполное выполнение постановления СНК СССР и БССР об укреплении сельского врачебного участка. Недостаточное обеспечение кадрами сельских врачебных участков, невыполнение плана организации фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов, колхозных роддомов и яслей.

5. Недостаточное использование больничного коечного фонда и рабочего времени медицинских работников, особенно врачей амбулаторий, поликлиник, а также санитарных и школьных врачей. Низкое качество работы в ряде лечебных учреждений (отсутствие и плохое ведение историй болезни, неиспользование лабораторных методов диагностики и др.). Еще не изжиты факты бюрократизма, грубого и невнимательного отношения к больным (Греск, Холопеничи, Кр. Слобода, Смиловичи и др.).

6. Отсутствие повседневного внимания к вопросам санитарно-оборонной работы. Слабая работа по овладению методикой определения групп крови и техникой переливания крови.

7. Нерешительная и вялая ликвидация последствий вредительства в системе здравоохранения.

8. Недостаточная связь с рабочей и колхозной общественностью и слабое развитие социалистического соревнования в лечебных и санитарных учреждениях.

По докладу тов. Новикова были широко развернуты прения. Ряд участников совещания (Петров—Витебск, Варшавчик—Костюковичи, Яцкевич—Житковичи,—Борисенко—Краснополье, Махлин—Могилев, Каждан—Освея, Беляцкий—Минск и др.) в своих деловых выступлениях отмечали недостатки отдельных звеньев системы здравоохранения делились опытом работы и вносили дельные предложения в части улучшения работы органов здравоохранения.

Особое внимание совещание уделило выполнению решений Бюро ЦК КП(б)Б в части ликвидации недостатков работы органов здравоохранения.

Перед республиканским активом медработников поставлена была задача—ликвидировать немедленно недоделки и недостатки в работе системы здравоохранения, добиться резкого снижения заболеваемости и смертности, особенно среди детей, и под'ема здравоохранения на уровень задач, стоящих перед третьей сталинской пятилеткой.

С яркой речью выступил на совещании Председатель Совета Народных Комиссаров БССР тов. Киселев. Он подчеркнул отрицательные моменты в работе органов здравоохранения и указал программу работ на ближайшее время как в части лечебной, так и профилактической в городе и на селе.

Особое внимание тов. Киселев уделил вопросам снижения детской заболеваемости и смертности и под'ема санитарной обороны страны.

В работе совещания активно участвовали профессора Титов, Мелких, Ситерман, Фрид, Маршак и др.

Участник совещания, представитель Наркомздрава СССР знатный врач Соломонов в докладе подробно изложил методы своей работы и призывал медработников БССР внедрить эти методы в работе здравпунктов, врачебных участков и других лечебных учреждений.

На совещании республиканского актива медработников было вручено переходящее красное знамя ЦК союза медсантруд и Наркомздрава БССР лучшему коллективу медработников—1-му Клиническому городку (Минск). Для премирования работников 1-го Клингородка ЦК союза медсантруд и Наркомздрав БССР выделили путевки на курорты, в дома отдыха, на экскурсии и денежные премии.

Отмечена была также образцовая работа коллективов микробиологического института (Минск), витебской больницы им. Ленина, 1-й гомельской больницы, Центральной поликлиники (Минск), 1-й совбольницы.

С ответным словом от коллектива 1-го Клинического городка выступил заслуженный деятель науки проф. Выдрин. В своем выступлении проф. Выдрин указал на те достижения, которые имеются у коллектива 1-го Клингородка в области лечебно-профилактической работы и особенно в деле под'ема санитарной обороны. Проф. Выдрин заверил республиканский актив медработников в том, что в дальнейшем работники 1-го Клингородка будут работать еще лучше и постараются удержать у себя почетную награду—переходящее красное знамя ЦК союза медсантруд и Наркомздрава БССР.

В заключение, на основе развернутых прений, совещание республиканского актива приняло резолюцию по докладу наркома здравоохранения БССР тов. Новикова. Приводим основные пункты резолюции:

Руководствуясь историческими решениями XVIII С'езда ВКП(б) и последним решением Бюро ЦК КП(б)Б по докладу Наркомздрава БССР о состоянии здравоохранения в республике, актив работников здравоохранения Белорусской ССР **в целях успешного изжития** недостатков в работе органов здравоохранения считает необходимым проведение в 1939 г. следующих мероприятий:

1. В целях снижения детской заболеваемости и смертности:

а) Наркомздраву, облгоррайздравам в кратчайший срок выполнить решение Бюро ЦК КП(б)Б о выделении из общего коечного фонда специальных детских палат в городских и районных больницах, обеспечив их соответствующим персоналом, питанием и оборудованием.

б) Горрайздравам уделить исключительное внимание организации правильной работы детских лечебно-профилактических учреждений (ясли, дет. консультации, дет. поликлиники), в частности правильному приему детей, постановке патронажа, пропаганде грудного вскармливания и правильного питания детей, проведению воспитательной работы в яслях, развертыванию профилактической работы по предупреждению инфекционных заболеваний (проведение прививок, пользование кварцем и др.).

в) Принять решительные меры к полному выполнению плана 1939 г. по доразвертыванию колхозных, постоянных и сезонных яслей, одновременно не допуская открытия яслей в неприспособленных, не соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям помещениях. Райздравам прикрепить отдельных медработников к яслям, дет. площадкам, лагерям для медобслуживания и наблюдения за санитарным состоянием.

г) Расширить работу молочных кухонь, приблизив их к населению, путем организации сети раздаточных пунктов; организовать пункты по сбору грудного молока, в первую очередь в городах и райцентрах.

д) Организовать временные, сезонные стационары для госпитализации детей, страдающих диспепсией, путем развертывания добавочных коек, используя помещения яслей, выезжающих на дачи, и другие помещения.

е) Городским, районным госсанинспекторам и эпидемиологам систематически проверять санитарное состояние детских учреждений; особое внимание обратить на усиление контроля за продажей молока, молочных продуктов и эпид. обследование вспышек летних поносов и кишечных инфекций в детских учреждениях.

ж) Облгоррайздравам обеспечить должное медобслуживание дошкольных, школьных учреждений и детских домов. Своевременно подготовить и развернуть все намеченные планом 1939 г. летние оздоровительные мероприятия (оздоровительные площадки, санаторные лагеря и др.).

2. Выполнение главной задачи по дальнейшему улучшению качества лечебной помощи трудящимся, для чего:

а) повысить качество лечебной работы, путем улучшения ухода за больными, улучшения качества диагностики, использования всех ее видов (рентген, лаборатория), развития физиотерапии, внедрения лечебного питания и витаминизации пищи, взаимных консультаций специалистов, систематических патологоклинических конференций, повышения квалификации персонала и правильной организации труда;

б) обратить самое сугубое внимание на прием больного (санобработка, первичный осмотр), тщательное ведение историй болезней, оформление их при выписке больных;

в) увеличить сроки функционирования больничной койки с доведением в городах в среднем до 345 дней в году, а на селе до 310 дней, путем повышения оборачиваемости койки, полной ликвидации прогула ее, не допуская при этом преждевременной выписки больных, нуждающихся еще в коечном лечении, путем установления твердой трудовой дисциплины, полного использования рабочего времени всех сотрудников лечебно-профилактических учреждений.

3. Наркомздраву в течение 3 и 4 кварталов 1939 г. полностью укомплектовать сельскую медсеть республики врачами и средним медперсоналом. Облздравам, райздравам добиться обеспечения всех сельских врачебных участков соответствующими помещениями, квартирами для врачей, транспортом, дезинфекционным оборудованием и пр.

4. Облздравам, горрайздравам, главврачам медико-санитарных учреждений полностью использовать отпущенные по бюджету 1939 г. ассигнования на производство ремонтов медучреждений, закончив их не позднее конца 3 квартала 1939 г.

5. В целях наиболее полного, эффективного использования ассигнованных государством ресурсов на охрану здоровья трудящихся БССР, совещание считает необходимым:

а) предупредить всех распорядителей кредитов, что исполнение бюджета должно проводиться систематически с начала бюджетного года, а не, как имело место в прошлые годы, с 3—4 кварталов;

б) расходование средств производить в соответствии с утвержденным планом, полностью обеспечив намеченные мероприятия;

в) ассигнования по противоэпидемическому фонду расходовать в соответствии с утвержденным планом, полностью использовав по назначению средства на прививочную работу, дезинфекционное дело и противомалярийные мероприятия;

г) облздравам при окончательном утверждении бюджета выявить возможные ресурсы на увеличение ассигнований на внелимитные ремонты.

6. Для усиления и улучшения санитарно-противоэпидемической работы, НКЗдраву, облгоррайздравам обеспечить в 1939 г. решительный перелом в работе всей медицинской сети республики по санитарно-эпидемическим вопросам, подчинив всю работу органов здравоохранения в этом деле основной задаче— поднятию обороноспособности нашей страны, поднятию персональной ответственности каждого работника за порученный участок работы, осуществлению систематического контроля за работой всех звеньев:

а) считая проведение санитарно-противоэпидемической работы без плана совершенно немыслимой, НКЗдраву, облздравам проверить в месячный срок наличие в городских и районных отделах здравоохранения планов санитарно-противоэпидемических мероприятий и степень выполнения их;

б) всем органам здравоохранения БССР использовать летний период 1939 г. для окончательной ликвидации сыпного тифа в БССР;

в) по примеру 1938 г. облздравам, начальникам межрайсанстанций организовать во втором и третьем кварталах с. г. краткосрочные семинары со средними медработниками села по санитарно-противоэпидемическим вопросам, охватив этими семинарами медработников глубинных медучастков;

г) особое внимание всех медработников обратить на осуществление контроля за строительством колхозных бань в 1939 г. и пропаганду банного строительства в колхозах;

д) констатируя повышение заболеваемости дифтерией и кишечно-желудочными инфекциями в первом квартале с. г. против 1-го квартала 1938 г., совещание требует от всех руководителей органов здравоохранения и медработников БССР безусловного и в срок выполнения контрольных цифр по прививкам против кишечных инфекций и дифтерии;

е) обязать облгоррайздравы привлечь к делу борьбы с малярией и профилактической работе всю медицинскую сеть, а не только противомалярийные организации.

Особое внимание уделить противомалярийным мероприятиям на лесоразработках, лесосплаве, торфопредприятиях и новостройках;

ж) во избежание вспышек пищевых интоксикаций и токсикоинфекций, имевших место в 1938 г., санитарной организации и всем медработникам в наступившем весенне-летнем сезоне усилить контроль за санитарным состоянием предприятий пищевой промышленности, общественного питания и молокозаводов, за состоянием водоснабжения и очистки населенных мест республики;

з) совещание обязывает всех медработников, в первую очередь работников здравпунктов промпредприятий, торфолесоразработок, широко использовать соломоновские методы работы в борьбе за снижение заболеваемости и временной нетрудоспособности;

и) в целях своевременного принятия мер по предупреждению профотравлений и профзаболеваний совещание требует от всех медучреждений улучшить сигнализацию при всех случаях профотравлений и профзаболеваний как связанных, так и не связанных с временной потерей трудоспособности;

к) считая вполне отраженными задачи органов здравоохранения в области санитарно-противоэпидемической работы на 1939 г в социалистическом договоре имени XVIII С'езда ВКП(б), заключенном между санорганизациями БССР и УССР, совещание призывает всех медработников направить всю энергию и внимание на выполнение мероприятий, предусмотренных договором;

л) совещание берет на себя обязательство широко развернуть массовую санитарно-просветительную работу среди населения и обязывает всех без исключения медработников включиться в проведение этой работы.

7. Для обеспечения своевременного окончания строительства медучреждений, повышения качества работы, налаживания учета и отчетности по строительству:

а) НКЗдраву БССР еще раз проверить и не позднее 25 мая с. г. обеспечить стройки всеми проектно-сметными материалами. Обеспечить пусковые об'екты 2-го квартала необходимыми стройматериалами. Усилить контроль, руководство и помощь стройкам в городах и районах;

б) облздравам усилить руководство и помощь строительству в районах, особенно отстающим стройкам, командировав на места инженерно-технических работников;

в) горрайздравам по-деловому включиться в руководство стройками, принять все меры к заготовке и вывозке к местам работ строительных материалов (лес, кирпич, камень). Увеличить количество рабочих на стройках, обеспечив своевременное их окончание и ввод в действие. Добиться выполнения плана первого полугодия по вводу в эксплоатацию установленного правительством количества об'ектов.

8. В целях лучшего обеспечения и приближения медикаментозной помощи к сельскому населению, организовать в 1939 г. при всех врачебных участках аптечные пункты.

9. Отмечая неудовлетворительную работу по борьбе с абортами, совещание обязывает всех медработников путем проведения санитарно-просветительной работы среди женщин, выявления лиц, занимающихся подпольными абортами, привлечения их к суровой ответственности—резко снизить в 1939 году количество абортов.

10. Обратить внимание Витебского, Полесского, Могилевского и Гомельского облздравов на невыполнение по областям плана организации колхозных роддомов. Обязать указанные облздравы принять все меры к выполнению плана открытия колхозных роддомов, а райздравам улучшить постановку работы в существующих.

11. Одобрить инициативу и работу 1 и 2 клинических городков и 1 совбольницы г. Минска по шефству над районными лечебными учреждениями. Наркомздраву БССР, облздравам широко использовать опыт указанных учреждений по-

шефской работе, внедрив его в практику крупных лечебных городских учреждений.

12. Обратить внимание ЦК союза медсантруд на бездеятельность ряда местных профорганизаций в деле борьбы за повышение качества работы и развитие соцсоревнования между лечебно-профилактическими учреждениями.

13. Для выполнения стоящих перед органами здравоохранения задач, НКЗдраву, облгоррайздравам принять меры к правильному подбору, воспитанию и использованию медкадров.

Наркомздраву, облздравам в корне изменить свое отношение к подбору руководящих кадров здравоохранения—райздравов, главврачей медучреждений, выдвигая на руководящую работу людей, любящих и знающих дело здравоохранения, и всемерно помогая им в практической работе.

14. Совещание считает, что Краткий курс истории ВКП(б), составленный ЦК ВКП(б) при личном участии тов. Сталина, являющийся могучим идейным орудием большевизма, показом величайшей силы марксистско-ленинской теории, и решения XVIII С'езда ВКП(б) должны всеми медработниками глубоко изучаться и быть положены в основу всей работы органов здравоохранения.

Закрывая совещание, зам. народного комиссара здравоохранения БССР тов. Эпштейн от имени всех участников совещания республиканского актива медработников Белоруссии заверил партию и правительство, что в грядущей схватке с фашистскими агрессорами работники органов здравоохранения БССР, следуя примеру героев Хасана, будут самоотверженно выполнять свой долг перед родиной и по первому зову партии и правительства все, как один, станут грудью на защиту священных границ социалистической родины.

Работа совещания республиканского актива медработников БССР была закончена бурной овацией в честь вождя народов великого Сталина и первого маршала Советского Союза товарища Ворошилова.

К ИТОГАМ ВСЕБЕЛОРУССКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ НЕВРОПАТОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ

Годы сталинских пятилеток, годы наших колоссальных успехов на всех участках социалистического строительства, являются также годами широкого развития различных здравоохранеческих организаций и учреждений, годами организации собственной химико-фармацевтической промышленности, годами создания собственных заводов по изготовлению сложнейшей медицинской аппаратуры и т. д.

Существующая сеть научно-исследовательских институтов и медвузов в системе Наркомздрава во главе с ВИЭМ, огромное количество практических лечебных учреждений иллюстрируют собою колоссальное развитие советского здравоохранения, равного которому мы не встречаем в мире.

В области практического здравоохранения, как известно, у нас имеется целый ряд крупных достижений: в борьбе с острыми инфекциями, трахомой, туберкулезом, венерическими заболеваниями, по линии родильной помощи, в работе охматмлада, по линии физиотерапии, нейрохирургии и т. д.

Одними медиками БССР только за последний год выпущено более 300 научных работ.

Ряд работ ученых медиков БССР пользуется известностью далеко за пределами нашего Союза. Для примера можно указать на работы, связанные с вопросами глубокой пальпации органов живота, риносклеромы, с расстройством речи (афазия), с новым очень тонким методом электровозбудимости (хронаксия) и т. д.

Огромные успехи нашего социалистического строительства создали у нас на базе развития советской медицины все предпосылки для роста, перевооружения и реконструкции неврологической и психиатрической теории и практики.

В этом разрезе первая (5—8 мая) Всебелорусская конференция невропатологов и психиатров была смотром наших достижений в области исследовательской и практической работы в БССР. Конференция была открыта наркомом здравоохранения БССР тов. И. А. Новиковым, который во вступительном слове наметил задачи и план ее работы. Стержневой научной тематикой конференции являлись вопросы, связанные с ранней диагностикой нервных и психических заболеваний и активные методы их лечения. На повестке дня конференции видное место также занимали сообщения о травмах нервной системы и о состоянии неврологической и психиатрической помощи в БССР. Всего на конференции было заслушано около 40 научных сообщений. Из них около 20 докладов были

посвящены новейшим методам клинического и инструментального исследования, в целях возможно раннего распознавания нервных и психических заболеваний.

С большим интересом был заслушан доклад акад. М. Б. Кроля об актуальных вопросах клинической неврологии. Акад. Кроль сообщил о последних работах московских клиник по взаимоотношению вегетативной и цереброспинальной нервной системы (с функциями головного и спинного мозга). В свете этих изысканий становится более понятным механизм возникновения (и способы устранения) некоторых упорных и отраженных болевых феноменов, различные нарушения мышечного тонуса, чувствительности и т. д.

В бригадной работе под руководством проф. Маркова (с демонстрацией кинофильма по материалам экспериментальной лаборатории Института физиатрии и неврологии) нашла отражение «ревизия» некоторых функций мозжечка. Громадное большинство ученых рассматривает еще до сих пор мозжечок как орган, имеющий отношение специально к двигательной функции. Как известно, в основном картина двигательных расстройств после удаления мозжечка сводится к нарушению напряжения (тонуса) скелетных мышц, к нарушению точности (координации) движений, к ограничению способности неподвижно стоять и сохранять положение, к потере возможности учитывать размеры выполняемых движений, к быстрой утомляемости и т. д.

При помощи длительного наблюдения и специальных инструментальных исследований (хронаксиметрия, невротонометрия, гистаминовые пробы, рентгенография, биохимические исследования и т. д.) над животными, лишенными половины мозжечка или всего мозжечка, удалось выявить ряд новых фактов, позволяющих приписывать мозжечку несколько более широкое и более важное значение в регуляции чувствительных, трофических, рефлекторных функций, чем это было принято до сих пор. Эти данные таким образом несколько углубляют, расширяют и дополняют недавние положения школы Орбели о функциях мозжечка.

Проф. Цыпкин доложил о целом ряде новых наблюдений (дистрофические процессы в костях), добытых в эксперименте отделом костной патологии ГИФОН'а. Полученные в эксперименте патологические переломы схожи в рентгенологическом и морфологическом отношении с теми костно-дистрофическими процессами, которые наблюдаются в клинике при спинной сухотке.

Д-р Красноперко также сообщила конференции экспериментальные данные по очень ранним физико-химическим изменениям в коже при развитии дистрофического процесса.

В ряде докладов (Кувшинов, Андрейчиков, Гольдберг) был систематизирован большой практической ценности материал по энцефалографии при нервных и психических заболеваниях, позволяющий в ряде случаев уточнять диагностику (эпилепсия, прогрессивный паралич) или даже рано выявлять те или иные заболевания (например, местоположение опухоли в мозгу, наличие органического процесса вообще).

Проф. Марков и д-р Берковский доложили об изменениях чувствительности мозга (вернее зрительного аппарата) у эпилептиков при помощи специального исследования зрения (адаптометрия) в темноте. Эти наблюдения позволяют нередко предсказать наступление эпилептического припадка (при отсутствии других данных) за несколько дней до приступа или точно оценить послеприпадочное состояние. Этот способ приобретает также важное значение для отличия эпилептических приступов от судорожных приступов другой натуры.

Д-р Кливанская поделилась на конференции новыми данными об изменениях слепого пятна при рассеянном склерозе. Это ценное наблюдение может быть использовано для целей очень ранней диагностики этого заболевания.

Проф. Залкинд в своем докладе (психодиагностика церебральных заболеваний) остановился на тех своеобразных психопатологических картинах, которым сопутствуют разнообразные поражения центральной нервной системы (энцефалиты, опухоли, атрофические процессы).

Доц. Сегаль в своем содержательном сообщении касалась изучения физиологических механизмов (методом акад. Павлова) некоторых психических заболеваний, в частности при навязчивых состояниях (патологическая инертность раздражительного процесса).

Большое внимание конференцией было уделено также ряду соматических изменений при психических заболеваниях (Кулик, Упарт, Филипенко, Либерман).

В докладе д-ров Канарейкина и Воробьева были приведены данные о своеобразных изменениях психики при ревматических заболеваниях (острый и хронический церебральный ревматизм).

Д-р Генкин подробно останавливался на вопросах трудоспособности шизофреников.

С большим вниманием и интересом на конференции был встречен доклад проф. Д. М. Голуба о развитии иннервации некоторых органов в онтогенезе человека. Доц. Сосновик сообщил о тонких сдвигах в кожной температуре, сосудистых реакциях и т. д. при некоторых заболеваниях нервной системы.

Доц. Каплан поделился материалами и спец. наблюдениями по отграничению опухолей четвертого желудочка от опухолей червячка.

Другими докладчиками (Прокопчук, Юрацкая, Вольфсон, Шерман, Авраменко, Колосова, Бордаков) был приведен ряд новых данных (гематоэнцефалический барьер, тонические рефлексы, температурные асимметрии и т. д.), главным образом, по вопросам точного распознавания и ранней диагностики некоторых органических заболеваний нервной системы.

Большой удельный вес на конференции занимали вопросы, связанные с активной терапией нервных и психических заболеваний.

О положительных результатах по инсулиновой и инсулиново-камфорной терапии шизофреников сообщили проф. Залкинд, д-ра Ольшевская, Ломтева, Александрова и другие.

В докладе проф. Залкинда особое внимание было уделено отличию экспериментальных ремиссий от спонтанных.

В докладе проф. Мережинского были освещены биохимические сдвиги при лечении инсулином.

Проф. Сухарева останавливалась на вопросах лечения шизофрении в детском возрасте.

Лечение шизофрении (амитал-натрием) длительным сном в минской психиатрической клинике дало также обнадеживающие результаты (доц. Сегаль, д-ра Ольшевская, Граблюк и другие).

Большое внимание на конференции было уделено лечению (купированию) психомоторного возбуждения при помощи специальной комбинации (бромистый натр, мединал и сернокислая магнезия) химико-фармацевтических препаратов (Клипцан). Эти данные имеют большое практическое значение.

О новых методах лечения детского паралича (впрыскивание родительской крови), рассеянного склероза (антирабическая вакцина), ишиаса (рассольные ванны с постепенным повышением температуры и последующим потением), ограниченного воспаления мозговых оболочек (вдувание воздуха) и т. д. доложили проф. Фирзон, д-ра Матусова, Паклар, Кувшинов, Горелик и другие.

С большим докладом, имеющим оборонное значение (травматические повреждения Ц. Н. С. и их отдаленные результаты), выступил проф. М. А. Хазанов.

Доц. Афонский сообщил об изменениях со стороны нервной системы при поражении молнией.

Д-р Мельников продемонстрировал большое количество микрофотограмм по тонкому строению и новейшей классификации опухолей головного мозга.

Состояние невро-психиатрической помощи в БССР было подробно освещено в докладах д-ра Клипцана и доц. Афонского. Конференцией были отмечены значительные успехи в деле реконструкции психиатрической помощи в БССР вообще и в частности в Минске. Приводились также данные по снижению нервно-псих. заболеваний, особенно связанных с инфекциями, алкоголизмом, сифилисом и т. д. Представитель НКЗдрава СССР д-р Греблиовский указал на необходимость еще большего расширения колониальной сети и развертывания психоневрологических диспансеров в городах БССР.

Работа конференции совпала с 15-летним юбилеем Клиники нервных болезней Минского Государственного мединститута и Белорусского научно-исследовательского института физиатрии, ортопедии и неврологии (ГИФОН), которому было посвящено торжественное заседание с участниками конференции (7/V) в Минском Доме Красной Армии имени товарища Ворошилова.

После конференции состоялось специальное совещание по вопросам судебной психиатрии. В заседании приняли участие представители научно-исследовательского института судебно-психиатрической экспертизы им. Сербского в Москве. С большим интересом были заслушаны доклады: по вопросам организации судебно-психиатрической экспертизы (директор научно-исследовательского института им. Сербского доц. Фейнберг), по вопросам вменяемости (проф. Бунеев—Москва), о психогенных реакциях—проф. Введенский (Смоленск); о заочной судебно-психиатрической экспертизе—д-р Кулик (Могилев), о казуистике симуляций (доц. Сегаль, Минск).

В разрезе роста наших кадров являются небезынтересными некоторые данные

мандатной комиссии: всего делегатов на конференции было 138 человек; из них женщин 68,1%; членов ВКП(б) и ЛКСМ—21%; невропатологов—48%, психиатров—35,5%; профессоров—14, доцентов—5, докт. мед. наук—11, канд. мед. наук—18; по возрасту: от 20—35 лет—30,9%. Из гостей были представители от Москвы—7 человек, Перми—7, Смоленска—13, Иркутска—1.

С огромным воодушевлением был принят на конференции текст приветственной телеграммы вождю народов товарищу Сталину. Делегаты и участники конференции обещали приложить все свои знания и силы для охраны самого ценного капитала—здоровья строителей коммунизма.

Проф Д. А. Марков

ЗАСЕДАНИЯ БЕЛОРУССКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ПРОТОКОЛ ОТ 8—XII-1938.

Председатель—проф. **В. В. Бабук.** Секретарь—д-р **А. А. Михельсон.**

Демонстрация больных

1. Д-р Маневич демонстрирует 10-летнего мальчика, оперированного экстренно в 1-й Совбольнице по поводу тяжелого внутрибрюшинного кровотечения после удара качелями в живот. При лапаротомии обнаружен разрыв выпуклой поверхности правой доли печени. Швы на разрыв и свободная пластика сальником. Больному была перелита несколько раз кровь. Через 9 дней у больного была дважды рвота кровью и дегтеобразный стул. В настоящее время больной чувствует себя хорошо, вполне здоров, посещает школу.

По поводу демонстрации был задан ряд вопросов, высказались проф. Корчиц, Мангейм, Бабук и доц. Стельмашонок.

2. Д-р Бирилло демонстрирует больного после операции по поводу ножевого ранения в живот, доставленного в 1-ю Совбольницу в тяжелом состоянии с выпавшими, пораненными и инфицированными петлями кишок (около двух метров). Больной был доставлен через 10 часов после ранения. Отверстия зашиты, кишечник обмыт физиологическим раствором и вправлен в брюшную полость. Выпавшие петли кишок изолированы от остальных большими тампонами. Автор считает, что благополучный исход и выздоровление наступили благодаря тщательной тампонаде.

По поводу демонстрации высказались доц. Лапидус и д-р Михельсон, которые наблюдали аналогичные случаи, где больные выздоравливали путем бестампонного лечения.

Проф. Мангейм считает, что тампоны для выздоровления особого значения не сыграли.

Д-р Корзун считает, что тампонадой пренебрегать не следует. В отдельных случаях нужно вставлять тампоны и не рисковать жизнью больного.

3. Д-р Ярхо показал рентгенограммы и больного с опухолью правого плечевого пояса. Цель демонстрации—выявление мнения хирургов и онкологов в отношении выбора более целесообразного метода оперативного вмешательства.

По поводу демонстрации высказались доценты Бобрик и Стельмашонок, которые считают, что в данном случае рационально будет применить резекцию nterscapulo thoracica.

4. Д-р Маневич показал больного после операции, страдавшего длительно незаживающим свищом правой поясничной области, лечившегося на районе по поводу паранефрита. Урологическими и рентгенологическими исследованиями установлено отсутствие функции со стороны правой почки. После предварительной резекции 12-го ребра с большим трудом удалось методом кускования удалить пионефротическую туберкулезную почку (демонстр. макропрепарат).

По поводу демонстрации высказался проф. Иргер, который указал, что большинство длительно незаживающих свищей—паранефритов бывает на почве нераспознанных своевременно каменных и туберкулезных пионефрозов. Он также указал на опасность вскрытия плеврального синуса.

Проф. Корчиц указывает, что ему никогда не приходилось прибегать к дополнительной резекции ребра при этих операциях.

Д-р Михельсон отмечает, что в некоторых тяжелых случаях удаление замурованной пионефротической почки представляет смертельную опасность для больного. В таких случаях большую услугу оказывает глубокая рентгенотерапия после предварительного раскрытия и опорожнения гнойника. Рентгеновские

лучи вызывают прекращение отделяемого свища и рубцовое перерождение остатков почечной ткани.

5. Д-р Маневич показал препарат удаленной почки больного, доставленного 9 дней тому назад со сквозным огнестрельным ранением верхнего отдела живота. При лапаротомии обнаружено ранение желудка и кровоизлияние в панкреас. После соответствующего вмешательства — зашивание отверстий желудка и тампонады поджелудочной железы—живот был зашит. Тут же оператор заметил, что у больного нарастает большая гематома в левой поясничной области. При повторной катетеризации получилось много крови. Сделана левосторонняя люмботомия и удалена поврежденная почка.

По поводу демонстрации высказался проф. Мангейм, который указал на сложность комбинированных ранений органов брюшной полости, а также на то, что очень часто почку удается сохранить.

Доц. Стельмашонок сомневается—была ли в данном случае ранена поджелудочная железа.

Д-р Михельсон сообщает о случае свища панкреаса после ножевого ранения в спину, наблюдавшегося в 1-й хирургической клинике в 1933 г. Он также указывает, что оператор, будучи в брюшной полости, должен был ориентироваться и обнаружить ранение левой почки; тем самым можно было бы больного не подвергать добавочной операции—люмботомии. Оператор, как он отмечает, не имел права удалять почку, не будучи уверенным, что у больного имеется вторая. Случай ранения единственной почки в литературе описаны.

Проф. Иргер останавливается на вопросе нефректомии лапаротомным путем.

6. Д-р Мисько демонстрирует препарат удаленной сигмовидной кишки у больного по поводу заворота ее в третий раз. В этой же клинике, когда оперировался в первый раз, была сделана деторзия, во второй раз—мезосигмопликация по Гаген-Торну, в третий раз больному была сделана одномоментная резекция сигмы.

По поводу демонстрации высказался д-р Михельсон, который указал, что 1-я Хирургическая клиника насчитывает 10 случаев одномоментных первичных резекций сигмы с хорошим результатом. Если бы в данном случае больной был оперирован в первый раз радикально, он избегнул бы двух лишних лапаротомий.

Проф. Корчиц информирует собравшихся, что, согласно решению бюро Общества, ближайшее заседание будет посвящено перевыборам бюро Общества. Он призывает всех членов подготовиться к всесторонней критике работы Общества за два года.

Проф. Корчиц также сообщает, что, согласно директиве Наркомздрава СССР, делегаты на Всесоюзный с'езд хирургов должны избираться на собраниях своих коллективов и списки должны быть представлены в общество для передачи их на утверждение НКЗдрава БССР.

ПРОТОКОЛ ОТ 21-II 1939 г.

Председатель—проф. М. Н. Шапиро. Секретарь—д-р А. И. Михельсон.

Демонстрация больных

1. Проф. Корчиц сообщает о случае искусственного влагалища, оперированного им по поводу аплязии последнего—по методу Болдвина. Больная накануне выписки. Эффект хороший. В практике докладчика это второй случай.

2. Д-р Рутштейн демонстрирует больного 75 лет, оперированного по поводу острого панкреатита. Больной в стадии выздоровления.

3. Д-р Пескин демонстрирует препарат селезенки (больной выписался здоровым), удаленной по поводу разрыва ее, после удара дышлом в спину. В анамнезе у больного—малярия.

4. Доц. Стельмашонок показал препарат саркомы поперечноободочной кишки, удаленной у молодой женщины на 4-м месяце беременности. Больная операцию перенесла хорошо, выписалась здоровой.

5. Д-р Минина демонстрирует препарат резецированной саркомы колена с целью поделиться диагностической ошибкой. Больной несколько лет тому назад в одной из хирургических клиник г. Минска была сделана загвоздка по Вредену. по поводу «туберкулеза» коленного сустава. Через некоторое время у нее появились боли, по поводу которых она обратилась в ортопедический Институт. В институте на рентгенограмме было обнаружено рассасывание шпана, и больной было предложено артродезировать сустав. На операции была обнаружена в зад-

нем сегменте сустава подозрительная ткань, напоминающая саркому. Гистологическое исследование показало—фибро-саркому. Через некоторое время больной сделана высокая ампутация бедра. Обнаруженные метастазы в легких говорят о плохом исходе.

Доклад проф. Е. В. Корчиц о деятельности Бел. хирург. о-ва за два года; доклад вызвал оживленные прения, в которых приняли участие т. т. Корзун, Левинтов, Михельсон, Иргер, Шульц и др.

После прений тайным голосованием избрано новое бюро в составе 9 чел: проф. Корчиц, проф. Шапиро, проф. Иргер, проф. Бабук, проф. Мангейм, д-р Левинтов, д-р Шульц, доц. Стельмашонок и доц. Бобрик.

Секретарями избраны: д-р Сосонкин и д-р Михельсон.

В состав ревизионной комиссии вошли: доцент Метлицкий, д-р Корзун и д-р Марголин.

Казначеем о-ва избран д-р Алексейчик.

ПРОТОКОЛ ОТ 19.III 1939 г.

Председатели—проф. А. Е. Мангейм
и проф. Ю. М. Иргер. Секретарь—д-р А. И. Михельсон

Демонстрация больных.

1. Д-р Сосонкин показал препарат удаленной почки по поводу туберкулезного пионефроза. Длительность заболевания 13 лет. Почка оказалась почти полностью в состоянии липоматозного перерождения и только кое-где сохранилась почечная ткань с небольшими кавернами.

2. Д-р Марголин Л. продемонстрировал случай туберкулеза полового члена, наступившего после ритуального обрезания.

3. Д-р Шур показала препараты трех первично резецированных сигмовидных кишек. В двух случаях резекция была сделана по поводу мегасигмы, в одном—по поводу забрюшинной саркомы, вовлекшей в процесс сигмовидную кишку.

4. Д-р Шиманович показал препарат гипернефротической почки, для удаления которой пришлось прибегнуть к резекции 11-го ребра.

5. Проф. Иргер сообщил о двух случаях уретероцеле: об одном случае, оперированном им, о другом—предстоящем для операции через несколько дней после демонстрации.

Он же показал препарат врожденной гидронефротической почки, удаленной у 8-месячного ребенка.

6. Доц. Плисан показал больного, доставленного в клинику по поводу полной анурии. Случай трактуется как экскреторная анурия в результате закупорки мочеточников конкрементами.

7. Д-р Рубин показал препарат резецированного желудка и части поперечно-ободочной кишки по поводу адено-карциномы. Случай интересен тем, что опухоль вовлекла в процесс мезоколон и для радикального удаления опухоли желудка пришлось резецировать часть поперечно-ободочной кишки, хотя последняя и не была поражена. Больной выздоровел.

8. Д-р Левин сообщил о случае осложнения после операции геморроя (демонстрирует препарат кишечника после аутопсии). Больной на протяжении ряда лет страдал язвенным колитом. После иссечения анальной язвы, через несколько дней, у него появились перитонеальные явления. После различных паллиативных мероприятий под местной анестезией, была сделана ляпаротомия. Из брюшной полости выделился свободный газ, кишечник резко ин'ецирован и вздут, незначительный гноеподобный выпот. Установить причину перитонита не удается. Через несколько дней у б-ного появился отек и гангренозные явления по ходу операционной раны в области мошонки и промежности. Широкие разрезы и дренаж. Через несколько дней смерть. На аутопсии: сигмовидная кишка содержит около 10 язв, из коих одна перфорировала.

9. Д-р Корзун показал больного, у которого после операции произведенной на 3-й день по поводу гангренозного аппендицита через 2 недели после операции развилась непроходимость. Ляпаротомия установила: тазовый инфильтрат, который втянул в процесс тонкий кишечник. Больному сделан анастамоз (илеотрансверзостомия) в обход воспалительного процесса.

10. Д-р Рудельсон сообщил о случае абсцесса мозга, развившегося у 5-летнего мальчика после ушиба лба. Лечение проводилось пункциями. Одновременно, будучи в больнице, больной перенес корь. Выздоровление.

ДОКЛАД

Доц. О. Г. Плисан и д-р И. Е. Фабрикант. Сравнительная оценка действия in vitro новейших антисептических веществ.

Авторы провели сравнительную оценку действия in vitro новейших бактерицидных веществ, как-то: риваноля, хлорацида и бактерицида, пользуясь для своих исследований культурами, выделенными из гноя больных, которые находились под клиническим наблюдением. На основании своих исследований авторы приходят к выводам: степень активности того или иного антисептического вещества различна по отношению к разным штаммам одного и того же вида микроба.

Бактерицид является активным для большинства исследованных штаммов в больших разведениях его (1:70.000) и обладает наиболее высокими бактерицидными свойствами при сравнении действия его с риванолем и хлорацидом.

При воздействии на гной бактерицида и риваноля в течение 24 часов, последние оказываются недействительными в основных их разведениях, употребляемых в клинике.

Хлорацид при действии его на гной в течение 24 часов оказывается активным лишь в 2-процентном растворе его.

При контакте с гноем в течение 5 минут, бактерицид и риваноль теряют свои бактерицидные свойства в концентрациях раствора, применяемого в практической работе хирурга.

Хлорацид при контакте с гноем значительно теряет свои бактерицидные свойства, сохраняя, однако, свою активность в 2-процентном растворе его.

Гной обладает способностью значительно понижать активность антисептических веществ, вероятно вследствие адсорбции последних гноем.

Бактерицид в концентрации 1 : 3.000 не травмирует ткани, способствует отделению некротизированных участков, не вызывает болезненных ощущений и может быть применяем для лечения гнойной инфекции и при профилактической обработке ран.

В условиях гноя хлорацид преобладает над бактерицидом и риванолем.

По поводу доклада высказался проф. Мангейм, который указал на недостаточность данных одной лаборатории, т. е. действия in vitro, нужно проверить на животных и людях.

Проф. Иргер указал на актуальность антисептической проблемы, вопрос проверки действия новейших антисептиков имеет большое оборонное значение.

Проф. Цыпкин указал, что все исследования начинаются с лаборатории и потом переносятся в клинику, ограничиться одной клиникой также нельзя.

Проф. Бабук отметил, что каждое антисептическое вещество переживает период увлечения и разочарования им. Однако, не нужно ограничиваться одной клиникой, нужно испытать и проверять действия новых антисептиков и экспериментально и клинически.

Высказались также доц. Лапидус и д-р Фабрикант.

КРАТКИЙ ОТЧЕТ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БЕЛОРУССКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

(с 5/X-1936 г. по 14/II-1939 г.)

За период в 2 года и 4 месяца Общество заседало 14 раз: в 1936 г.—3 раза, в 1937 г.—6, в 1938 г.—5 раз.

Заслушано докладов—13, демонстраций было—85. По отделам медицины демонстрации распределяются следующим образом: ортопедия—4, стоматология—2, онкология—21, урология—20, общая хирургия—27, пластика—1, аппаратура—2, гематология—3, рентгенология — 3, кожно-венерические болезни — 1, ухо-горло-нос—1.

Доклады по отраслям медицины: онкология—2, ортопедия—2, рентгенология—1, хирургия—2, переливание крови—2, легочной туберкулез—1, пато-физиология—1, организационный отдел—2.

Распределение докладов по клиникам: 1-я хирургическая—5, 2-я хирургическая—3, Институт переливания крови—2, 3-я хирургическая клиника—1, 4-я хирургическая клиника—1, Ортопедический институт—1.

Совместных заседаний с пограничными дисциплинами: с фтизиатрами, рентгенологами, дерматологами, гематологами—с каждой по одному.

Демонстрации по клиникам: 1-я хирургическая—28 раз, 2-я хирургическая—25, 3-я хирургическая—14, 4-я хирургическая—2, ортопедия—4, стоматология—2, кожная клиника—1, рентген. кабинеты—3, из районов—2.

Сорвались заседания из-за недостаточной явки членов общества 3 раза. Не заслушано 2 доклада.

Характер докладов:

1. Доц. Бобрик сообщил об эффективном лечении ангиом лучистой терапией (радий) на основании многочисленных наблюдений, сделанных на стационарном и амбулаторном материале 1-й хирургической клиники и онкологического диспансера. До этого в БССР данное лечение никем не применялось. Отдаленные результаты—отрадные.

2. Проф. Корчиц доложил о ранней диагностике рака желудка, грудной железы и прямой кишки. Он сообщил фактический материал, прошедший через онкологический диспансер и 1-ю хирургическую клинику. Большинство случаев оказалось запущенными по вине врачей, из-за недооценки «раковой опасности». Вопрос актуальный, требующий глубокого изучения. Докладчик заостряет внимание врачей на значении ранней диагностики указанных заболеваний.

3. Д-ра Плисан и Грингауз сообщили о значении рентгенодиагностики при хронических аппендицитах. (Работа совместная—хирурга и рентгенолога). Хотя авторы считают, что описываемый метод может выявлять истинные случаи хронического аппендицита, однако, большинство оппонентов высказалось отрицательно в отношении большого практического значения этого способа.

4. Доц. Школьников доложил о новом гомопластическом лигатурном материале для костного шва—обработанная пуповина новорожденного. Метод заслуживает большого внимания, оригинальный, но требует еще проверки.

5. Д-ра Хургин и Щеглов сделали обширный цифровой и научный доклад о деятельности Ортопедического института за 10 лет. Проделана огромная работа—лечебная, учебная и научная.

6. Д-ра Альтшулер и Острейко сообщили, на основании материала госпитальной хирургической клиники за 1933—1937 гг., о диагностике, клинике и лечении аппендицитов у детей. Вопрос имеет большое значение в повседневной практике хирургов.

7. Проф. Иргер в докладе «Наш опыт переливания человеческой крови» и «Актуальные вопросы переливания крови», на материале Института переливания крови, поделился своими данными о показаниях, противопоказаниях и осложнениях при переливании крови. Вопрос чрезвычайной актуальности, имеет оборонное значение.

8. Проф. Корчиц на об'единенном заседании с фтизиатрами поделился своими наблюдениями и данными о хирургическом лечении легочного туберкулеза. Автор является в БССР пионером в области культивирования и освоения хирургического лечения туберкулеза легких. Через факультетскую клинику он связан со всеми туберкулезными учреждениями БССР. Автор приводит цифры большой проделанной работы (торакопластики, френикоэкзерезы). Отдельные результаты хорошие.

9. Проф. Мангейм и доц. Голуб сделали доклад на тему «Экспериментальная гиперергия желудка». Докладчики познакомили собрание с сущностью аллергии и со своими результатами по экспериментальному изучению гиперергического воспаления желудка.

10. Проф. Иргер в своем докладе «О некоторых осложнениях со стороны желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде и о мерах борьбы с ними» указывает, что осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, икота, рвота и т. д.) в послеоперационном периоде об'ясняются не парезом, а спазмом. На основании своих исследований (до и после операции) в 143 случаях кальция в крови, а в 100 случаях калия,—автор приходит к выводу, что у большинства больных количество кальция понижается, а калия повышается. Рентгенологические исследования (Сосина) у 240 больных при экстравентрикулярных вмешательствах под местной анестезией обнаружили явления гастроспазма, пилороспазма. Автор об'ясняет понижение кальция в послеоперационном периоде явлениями спазмофилии, наступающими под влиянием операционного шока. Рекомендует вводить до и после операции препараты кальция.

Все 85 демонстраций являются редкими, интересными казуистическими сообщениями. Мы приводим здесь лишь особо поучительные:

1. Извлечение кости из пищевода методом эзофаготомии (*Иргер и Ярославский*).
2. Дивертикул Меккеля, сообщающийся с пупком и внешним миром (*Пескин*).
3. Аппендицит и гемофилия (*Иргер*).

4. Резекция желудка по поводу рака у 16-летнего больного *(Алексейчик).*
5. Односторонняя кистозная почка *(Михельсон).*
6. Папиллома почечной лоханки *(Михельсон).*
7. Опухоль, резецированая из передней грудной стенки *(Михельсон).*
8. Резекция мегалосигмы два раза *(Шапиро, Орловский*—2-я Хирургическая клиника).
9. Гименальная эктопия добавочного мочеточника *(Михельсон).*
10. Удаление туберкулезной почки у 16-летнего больного при оставлении двойной почки *(Михельсон).*
11. Больная с идиосинкразией к эфиру *(Шур).*
12. Инвагинация на почве раковой опухоли тонкой кишки у 9-летнего больного *(Толкачев).*
13. Криптогенный перитонит *(Маневич).*
14. Саркома сигмы *(Маневич).*
15. Узлообразование с резекцией в 3,5 м кишки *(Фишкин).*
16. Флегмона желудка *(Бирилло).*
17. Болезнь Криштен-Шуллера *(Горельчик).*
18. Фолькмановская деформация голеностопного сустава после операции (проф. *Шапиро*).
19. Спонтанный мочевлагалищный свищ туберкулезного происхождения *(Михельсон).*
20. Холемическое кровотечение с 11-ю переливаниями крови *(Маневич).*
21. Абсцесс селезенки *(Певцов).*
22. Остеохондрома грудной клетки после резекции *(Бобрик).*
23. Итальянская пластика лица *(Бобрик).*
24. Лейкоплакия мочевого пузыря *(Михельсон).*
25. Рак Фатерова сосочка *(Плисан).*
26. Аппараты для переливания крови *(Ханин, Маневич).*
27. Операция диафрагмальной грыжи у ребенка $1^1/_2$ лет *(Корчиц).*
28. Препарат яичка с костным образованием *(Михельсон).*
29. Одномоментная резекция желудка и поперечной кишки *(Рутштейн Н., Воробьев).*
30. Гемитиреоидектомия и симпатектомия при кардиоспазме *(Бирилло).*
31. Аденокарцинома яичка *(Сосонкин).*
32. Случай болезни Пьер-Мари-Банберга *(Левенсон).*
33. Ранение печени (*Маневич, Бабук* и из района).
34. Инфильтрирующий рак кожи *(Брук).*
35. Дивертикул шейной части пищевода *(Ханин).*
36. Отдаленный результат (через 8 лет) лечения абсцесса мозга по Спасокукоцкому *(Голуб).*
37. Случай абсцесса мозга, излеченного пункциями по Спасокукоцкому *(Рудельсон).*

Политические выступления состоялись два раза—в День Сталинской Конституции и 20-й годовщины Красной Армии *(Корчиц).*

В прениях на заседаниях высказалось 150 человек.

Бюро заседало 6 раз.

Общество принимало участие в Международной противораковой неделе.

Заседания Общества посещались студентами старших курсов и врачами хирургических циклов Института по усовершенствованию.

Протоколы Общества печатались в «Новом хирургическом архиве» и с момента издания «Медицинского журнала БССР»—в этом журнале.

Секретарь Минского хир. о-ва **А. И. Михельсон.**

РЕЦЕНЗИИ И РЕФЕРАТЫ

G. Bollack. M. David et Puech. **Оптико-хиазматические арахноидиты** *Paris, 1937 г*

Реферируемый труд представляет интерес, поскольку он обобщает литературу по еще мало изученной болезни—Arachnoiditis optico-chiasmatica (А. О. Х.) и, на основании 129 случаев (из них 66 собственных), анализирует вопрос о хирургическом лечении области зрительного нерва и хиазмы при этом заболевании.

Анатомическое строение оптико-хиазматической области становится ясным, главным образом, при хирургическом вмешательстве. Она представляет собою 4-гранную усеченную пирамиду, узкий конец которой лежит у черепного отверстия зрительного канала, а основание в фронтальной плоскости, проходящей через задний край хиазмы и инфундибулюм. Верхняя поверхность граничит с нижней поверхностью лобных долей, а боковые с височными долями; нижнюю поверхность пирамиды образует диафрагма твердой оболочки, прикрывающая гипофиз.

Что касается патолого-анатомических изменений, то они характеризуются, главным образом, сращениями между зрительным нервом и хиазмой с одной стороны,—мозгом, мозговыми оболочками, обонятельным нервом и сосудами (каротис, офтальмика) с другой стороны. Сращения имеют вид коротких или длинных тяжей или перепонок. На почве серозного менингита образуются однокамерные кисты, симулирующие опухоли,—тем более, что опухоли в этой области иногда сопровождаются образованием кист. Редко встречаются многокамерные кисты. Эти изменения поражают окулиста, присутствующего во время операции,—они видны на живом, на трупе же они могут остаться незаметными.

Среди 254 случаев операции в области хиазмы, в 71 случае найден А. О. Х. Возраст больных от 20—40 лет.

Этиологические факторы. Инфекция переносится по лимфатическим сосудам или путем непосредственного соприкосновения (синуситы); в этих случаях заболеванию А О. Х. предшествует ретро-бульбарный неврит. Инфекция может проникнуть и гематогенным путем—сифилис, туберкулез, энцефалит. А. О. Х. может быть продолжением ограниченного менингита, который встречается также при множественном склерозе, ревматизме и разного рода интоксикациях. Травма нередко также является причиной А. О. Х.—вследствие прямого разрушения арохноидеи, или же путем образования гематомы, или же через инфекцию.

В отношении симптоматологии авторы различают три клинические формы заболевания при А. О. Х. зрительного нерва и хиазмы.

1. Осевой неврит—25%. Внезапное падение зрения на один или на оба глаза. Центральная скотома. Сосок может иметь нормальный вид—10% (ретробульбарный неврит). Иногда наблюдается височное побледнение соска.

2. Простая атрофия зрительного нерва—13%. Медленное и прогрессивное падение зрения. Концентрическое сужение поля зрения; побледнение соска.

3. Хиазматический синдром—15%. Большей частью не типичная гемианопсия и концентрическое сужение поля зрения с преобладанием выпадения височной части.

Гемианопсия при А. О. Х. отличается от поля зрения при гипофизарной опухоли тем, что является более поздним симптомом. При опухолях гипофиза ограничение поля зрения начинается выпадением в верхне-наружном квадранте, потом переходит на нижне-внутренний квадрат; при А. О. Х. сужение поля зрения не доходит до средней линии. Нормальное поле зрения в 12% случаев.

Глазное дно нормальное в 10%; первичная полная атрофия зрительного нерва встречается в 38%; редко частичная атрофия. Последовательная атрофия после неврита или отека соска наблюдалась в 16%; явления застойного соска в 10%. Редко встречается поражение глазодвигательного нерва, еще реже отво-

дящего и тройничного нервов. В этих случаях арахноидит распространяется за пределы области зрительного нерва и хиазмы.

Головные боли часто являются предвестниками или началом А. О. Х. Они сопровождаются сонливостью; наблюдаются также рвоты, головокружения, жажда, полиурия и ожирение. Исследование рентгеном большею частью дает отрицательные результаты. В большинстве случаев отрицательные результаты дает также вентрикулография, которую авторы производят путем непосредственных двусторонних трепанаций—пункций затылочных частей. В 47% мы имеем атипичные случаи.

Авторы признают трудности, которые встречаются при постановке диагноза А. О. Х. Он подтверждается: 1) наличием симптомов, указывающих на участие соседних областей—признаки энцефалита, раздражения мозговой коры и мозговых оболочек, 2) этиологическими моментами—травма, инфекция придаточных полостей, 3) отрицательными результатами рентгенографии и вентрикулографии. Диагностика затрудняется еще тем обстоятельством, что некоторые заболевания, как множественный склероз, табес, опухоли гипофиза осложняются А. О. Х. Авторы отводят большую главу диференциальной диагностике между А. О. Х. и опухолями в области гипофиза и передней черепной ямки, в особенности менингимами.

Что касается лечения А. О. Х., то из медикаментозных средств рекомендуется иод, утропин, салициловый натрий, витамины «В-1» и, в особенности, цианистая ртуть, даже в случаях, где в этиологии нет сифилиса.

Большой интерес представляет хирургическое лечение А. О. Х. Из вспомогательных хирургических приемов авторы называют операции придаточных полостей, удаление миндалин, симпатэктомия, декомпрессивная трепанация. Что касается радикального хирургического вмешательства, то авторы придают трансфронтальному вскрытию черепа, прежде всего, эксплоративное значение и приводят мнение Баладл, по которому во всех случаях неврита неопределенного происхождения следует делать пробное вскрытие черепа.

К операции следует приступить, если, несмотря на терапевтическое лечение, зрение падает, после зрения суживается и сосок бледнеет, но не следует допустить до значительного падения зрения и сужения поля зрения. Случаи восстановления после операции зрения при полном его отсутствии очень редки. Что касается самой техники операции, то она по Клод-Винценту производится следующим образом: местная анестезия; образование костного лоскута из правой лобной кости; кожная ножка лоскута кнаружи или книзу. Разрез твердой оболочки соответственно переднему краю костного лоскута. Пункция желудочков необязательна. Ложечкой поднимают лобную долю мозга; открывается вид на обонятельный нерв; иногда происходит истечение жидкости из хиазматической цистерны. Далее следует разрез мембраны, образуемой паутинной оболочкой и удаление тяжей, связывающих зрительный нерв и хиазму с окружающей тканью; приходится иногда производить вскрытие и расширение канала зрительного нерва. Длительность операции 1¼ часа. Исход операции — на 95 случаев 7 смертных, из них три первых случая должны быть отнесены за счет недостаточности техники, в трех случаях смерть последовала вследствие отека мозга. Общее состояние (головные боли, сонливость) после операции быстро улучшается.

Что касается зрения, то по литературным данным улучшение составляет 46%, по данным авторов—28%. На исход операции, в отношении зрения, имеет громадное влияние раннее оперативное вмешательство. Атрофия зрительного нерва не является противопоказанием, и при отеке соска нередко получаются благоприятные результаты. Улучшение сказывается не только в повышении зрения, но также в увеличении поля зрения.

Раннее вмешательство (после безрезультатного терапевтического лечения) при слабом упадке зрения и при мало выраженной атрофии дает благоприятный прогноз.

А. Брук.

Р. С. Каган. К вопросу о применении местной анестезии „поперечного сечения в хирургии конечностей, *Ортоп. и травм 1938 № 5.*

Изучение 152 случаев анестезии «поперечного сечения», из коих 103 случая на предплечьи, 24 случая на плече и 25 случаев на нижней конечности, позволяет автору сделать заключение, что техника эта проста, безопасна и не чревата осложнениями. Однако, способ этот мало известен и редко применяется широкими слоями хирургов.

Автором производилась инфильтрация ¼-процентным раствором новокаина без адреналина (250—400,0) по окружности конечности с промежутками в 2—3 см. послойно, через все ткани и на этом уровне накладывался резиновый бинт. Появлявшиеся у больных по снятии жгута головокружения зависели от поступления раствора новокаина в кровь, что легко купировалось инъекцией кофеина.

В пяти случаях не была достигнута полная анестезия и пришлось добавить 15—25,0 раствора новокаина в область операционного поля. От жгута наблюдался один раз парез n. radialis. В одном случае во время операции повреждена вена предплечья.

Тайц.

Л. Е. Рухач. Анестезия поперечного сечения при хирургических вмешательствах на периферических отделах конечностей. *Ортоп. и травм. 1938. № 5.*

Несмотря на известные преимущества метода местного обезболивания, ему свойственны также и недостатки. Так, например, регионарная анестезия чревата последующими невритами и болями; инфильтрационная анестезия неприемлема, когда имеется большое поле для операции. Особенности ортопедического вмешательства—этапность и применение насилия при редрессациях еще более выпячивают несовершенство указанных методов анестезии.

Примененный автором способ анестезии имеет свою историю, но измененная им техника применения создает выгодные условия для производства всех операций вдали от места инфильтрации.

Техника анестезии поперечного сечения заключается в наложении после обескровливания бинта Эсмарха широкими ходами, поверхностью 12—14 см; производится инъекция ½-процентного раствора новокаина (80—200,0) без адреналина под эпидермис у нижнего края бинта по всей окружности конечности, затем послойно инфильтрируются все ткани до самой надкостницы, если вмешательство касается костной ткани. В первые минуты наступает анестезия проксимального отдела, спустя 15—20 минут полная анестезия.

Клинический материал автора охватывает 96 случаев полного обезболивания, и только в двух случаях имелась частичная неудача из-за погрешности в технике. Осложнений не наблюдалось, заживление операционных ран не отличалось от обычного течения. Из-за быстрого снятия бинта у одного больного наблюдались некоторые явления интоксикации.

Автор считает возможным производить предложенным способом анестезии всевозможные хирургические вмешательства на верхних и нижних конечностях. Особое значение способ этот должен получить в условиях военного времени.

Тайц.

Б. В. Рубинштейн. Приживление сухожилий при трансоссальной пересадке (экспериментальное исследование). *Ортоп. и травм. 1938 № 5.*

Автор статьи поставил перед собой задачу выяснить степень прочности прикрепления пересаженного сухожилия к кости в разные сроки от начала операции, дабы сократить время фиксации оперированной конечности гипсовой повязкой, с целью раннего восстановления функций. Эксперимент проведен на 32 кроликах, в двух сериях, со сроками наблюдений от 10 до 91 дня. Технически производилась пересадка Ахиллова сухожилия, конец которого, протянутый через поперечный туннель в os tibiae, заворачивался петлей и пришивался двумя швами.

В первой серии опытов, при микроскопическом исследовании автору удалось выяснить судьбу сухожилия в костном туннеле. Установлено, что на 10—14 день новообразованная волокнистая соединительная ткань вступает в тесный контакт с новообразованной костной тканью. Создается впечатление нормального прикрепления сухожилия к кости. Во второй серии опытов автор проверил пробой на разрыв при возрастающей максимальной нагрузке механическую прочность прикрепления сухожилия к кости в различные сроки с момента операции. Патогистологические данные практически подтверждают прочную фиксацию сухожилия к кости в первые дни после операции и хорошую запайку сухожилия в костном туннеле в поздние сроки.

Автор делает предположение о возможности снижения срока фиксации оперированной конечности в клинических условиях в среднем до 14 дней.

Щеглов.

ХРОНИКА

XV ЮБИЛЕЙНЫЙ ВЫПУСК МИНСКОГО МЕДИНСТИТУТА.

29 июня в Минске состоялось торжественное заседание, посвященное XV юбилейному выпуску Минского мединститута. На заседании присутствовали все молодые врачи-выпускники в количестве 480 человек, профессорско-преподавательский персонал и студенческий актив медицинского института.

В президиуме—представители дирекции, партийной и профессиональной организации мединститута, городских партийных организаций, профессорско-преподавательского состава, заслуженные деятели науки, представители студенчества. Продолжительными аплодисментами всех присутствующих встречено появление в президиуме секретаря ЦК КП(б)Б тов. П. К. Пономаренко и председателя СНК БССР тов. К. В. Киселева.

С докладом о деятельности института за 18 лет его существования выступил директор Минского медицинского института тов. Ф. Я. Шульц. Подчеркнув, что история Минского мединститута является отражением всего народно-хозяйственного и культурного строительства страны Советов, под руководством великой партии Ленина—Сталина,—докладчик остановился на отдельных этапах его развития. До Октябрьской социалистической революции медицинское образование в Белоруссии было представлено лишь фельдшерской школой в Могилеве. Непосредственно после освобождения БССР от немецких и польских оккупантов, в условиях полной хозяйственной разрухи, был создан Белорусский Государственный университет с его факультетами, среди которых основным являлся медицинский, выделенный в 1930 г. в самостоятельный институт.

Свою работу медицинский факультет БГУ начал в 1921 г. при полном отсутствии лабораторий и клиник и создавал их в процессе освоения совершенно неприспособленных в то время зданий и больниц.

За годы первой сталинской пятилетки институт получил два специально выстроенных больших трехэтажных корпуса на территории Университетского городка, с прекрасно оборудованным анатомическим театром, аудиториями и лабораториями, и клинический городок, в пяти корпусах которого расположено 7 основных клиник института. Была проведена коренная реконструкция I, II, III и детской больниц и создана нервная клиника. За эти же годы построены два четырехэтажных здания и ряд корпусов облегченного типа под студенческие интернаты.

В настоящее время Минский Государственный медицинский институт является самым мощным высшим учебным и научно-исследовательским учреждением в БССР и одним из крупнейших медицинских институтов Советского Союза.

В институте обучаются 2400 студентов, работают около 350 человек профессорско-преподавательского и учебно-вспомогательного персонала. Среди них—25 профессоров (из них 1 академик, 2 заслуженных деятеля науки), 42 доцента и 150 ассистентов. Среди работников профессорско-преподавательского персонала 25 имеют ученую степень доктора медицинских наук и 75—кандидата медицинских и биологических наук.

Все кафедры клиники оснащены в полной мере инструментарием, оборудованием и аппаратурой, отвечающими последнему слову науки и техники и дающими возможность поставить на должную высоту преподавательский процесс и проводить большую научно-исследовательскую работу.

Библиотека института обладает большим книжным фондом советской и иностранной литературы.

За годы своего существования институт выпустил 3000 врачей, работающих в настоящее время во всех районах БССР, а также в различных местах нашей необ'ятной родины с честью несущих высокое и почетное звание советского интеллигента.

Из воспитанников института вырос целый ряд молодых научных работников, имеющих ученое звание профессора, доцента, ассистента и ученую степень доктора и кандидата медицинских и биологических наук. Медицинский институт выделил из своего состава многих профессоров и доцентов, занимающих кафедры в Витебском медицинском институте и в других местах СССР.

За время существования института его научными работниками напечатано больше 2000 научных работ, из которых многие получили широкую известность как в нашем Союзе, так и далеко за его пределами. Научными работниками института изданы 23 учебника и руководства.

Кафедры института разрабатывают весьма актуальные проблемы, имеющие громадное значение для нашего социалистического строительства и обороноспособности нашей страны. Коллектив работников и студентов мединститута ни на минуту не забывает указаний товарища Сталина о капиталистическом окружении и прилагает все свои силы для укрепления обороны нашей родины и ее форпоста—орденоносной БССР.

Очередной выпуск Минского мединститута дает советскому здравоохранению новое мощное пополнение—480 врачей, молодых патриотов социалистической родины, из которых подавляющее большинство раз'езжаются для работы по сельским участкам нашей республики. Молодые врачи пришли в мединститут вскоре после исторических указаний товарища Сталина на XVII С'езде партии, на основе которых производилась коренная перестройка медицинской школы. Поэтому XV выпуск отличается от всех предыдущих высоким качеством подготовки и вооружен значительно большими знаниями, что является отражением общего роста высшей школы и крупных успехов в постановке учебного процесса и политико-воспитательной работы.

Особое внимание было обращено на вопросы санитарной обороны, на освоение техники переливания крови, на изучение травматологии.

Руководствуясь указаниями великого Сталина о том, что «нет необходимости, чтобы специалист-медик был вместе с тем специалистом по физике, ботанике или наоборот. Но есть одна отрасль науки, знание которой должно быть обязательным для большевиков всех отраслей науки,—это марксистско-ленинская наука об обществе, о законах развития общества, о законах развития пролетарской революции, о законах развития соцстроительства, о победе коммунизма», получив такой замечательный подарок, как «Краткий курс истории ВКП(б)»,—выпускники с особым энтузиазмом работали по изучению курса «Основ марксизма-ленинизма», о чем свидетельствует 65% ответов на «отлично» и «хорошо» по этой дисциплине.

В текущем году в институте развертывается восстановленный санитарно-гигиенический факультет, закрытый в свое время врагами народа, и открывается вновь педиатрический факультет. Открытие двух новых факультетов имеет огромное государственное значение и потребует от всего коллектива работников и студенчества напряженной работы. Не успокаиваясь на достигнутом, многотысячный коллектив Минского мединститута, руководствуясь историческими указаниями руководителей партии и правительства, вдохновленный историческими решениями XVIII С'езда ВКП(б), будет в дальнейшем еще больше бороться за поднятие качества преподавания, за еще большую увязку всей научно-исследовательской работы с актуальными задачами социалистического здравоохранения, за искоренение недостатков в системе здравоохранения БССР, за развитие политико-воспитательной работы, за подготовку врачей, достойных великой сталинской эпохи.

В капиталистических странах, говорит докладчик, высшая школа является монополией, привилегией имущих классов и призвана служить эксплоататорским классам. Фашистские страны варварски расправляются с цивилизацией, искореняя культуру, уничтожая накопленные человечеством на протяжении столетий знания. Только в стране Советов высшая школа служит рабочему классу, советскому народу, только в нашей стране может существовать подлинно передовая наука, которая обслуживает народ не по принуждению, а добровольно, с охотой. Под руководством коммунистической партии и мудрейшего вождя мирового пролетариата товарища Сталина наша страна стала передовой не только в технико-экономическом отношении, но и в отношении науки и развития научной мысли. Эти достижения возможны только в нашей стране, где человек—самый ценный капитал, где наука прогрессирует невиданными в истории темпами, где научные работники окружены исключительным вниманием и заботой партии и правительства.

Заканчивая свое выступление, докладчик выразил уверенность, что выпускники с честью оправдают доверие партии и правительства, которые поручили им охрану самого ценного из всех существующих капиталов—здоровья строителей коммунистического общества, что они и в дальнейшем будут работать над повышением своих специальных знаний, над овладением марксистско-ленинской теорией.

Председатель государственной квалификационной комиссии, заслуженный деятель науки проф. Миротворцев в своем выступлении отметил большие достижения в области подготовки врачей, которые отразились и на государственных экзаменах. Несмотря на повышенные требования и строгость при оценке, государственные экзамены текущего года показали хорошую подготовку выпускаемых врачей, что свидетельствует о значительном улучшении качества подготовки кадров. Страна получает квалифицированных, политически подготовленных людей.

После этого был зачитан указ Президиума Верховного Совета БССР, которым в ознаменование XV выпуска врачей Минским Государственным медицинским институтом, за выдающиеся заслуги в области научно-педагогической и организационной деятельности института присвоено звание заслуженного деятеля науки следующим профессорам, докторам медицинских наук:

1. **В. А. Леонову**—директору детской клиники.
2. **И. Т. Титову**—зав. кафедрой патологической анатомии.
3. **Е. В. Корчицу**—директору 1-й хирургической клиники.
4. **Л. Я. Ситерману**—директору 3-й терапевтической клиники.
5. **Ю. М. Иргеру**—директору 2-й хирургической клиники.

Награждены почетной грамотой Верховного Совета БССР:

1. **Ф. Я. Шульц**—директор Минского Государственного медицинского института.
2. **С. М. Фрид**—доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой микробиологии.
3. **Д. А. Марков**—доктор медицинских наук, профессор, директор клиники нервных болезней.
4. **Д. В. Лифшиц**—профессор, зав. кафедрой социальной гигиены.
5. **Б. И. Вигдорович**—кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой патологической физиологии.
6. **М. А. Дворжец**—доктор медицинских наук, профессор, директор глазной клиники.
7. **М. Н. Шапиро**—доктор медицинских наук, профессор, директор ортопедической клиники.

Награждены грамотой Верховного Совета БССР:

1. **З. В. Морзон**—кандидат медицинских наук, ассистент кафедры микробиологии.
2. **М. И. Шатило**—лаборантка кафедры гистологии.

Затем был об'явлен приказ Наркомздрава о премировании ряда научных и учебно-вспомогательных работников Минского мединститута.

После выступления руководителя отдела науки и подготовки кадров НКЗдрава БССР, заслуженного деятеля науки, члена Президиума Верховного Совета БССР проф. С. М. Мелких, с ответным словом от имени награжденных выступил проф. И. Т. Титов, а от имени студенчества—тов. Лобик.

Под бурные аплодисменты всего собрания были приняты приветственные телеграммы товарищам Сталину и Молотову. В них многотысячный коллектив медицинского института отмечает, что, борясь за выполнение решений партии и правительства о высшей школе, вдохновленные словами товарища Сталина о борьбе за передовую науку, ликвидируя последствия вредительства, развертывая работу по овладению марксизмом-ленинизмом,—мединститут добился крупных успехов в деле подготовки кадров высококвалифицированных, марксистко-ленински образованных советских людей и превратился в самое мощное высшее учебное и научно-исследовательское учреждение республики. Помня указания товарища Сталина об опасности капиталистического окружения, о неизбежных попытках посягательств на завоевания народов СССР со стороны озверелого фашизма, коллектив мединститута обещает приложить все силы для укрепления мощи своей Великой Родины и ее форпоста—цветущей орденоносной БССР, бороться за улучшение работы системы социалистического здравоохранения, с честью нести высокое звание советского врача, социалистического интеллигента, достойного великой сталинской эпохи, и оправдать доверие партии, правительства и трудящихся нашей страны.

* При Белорусской Академии наук с 11 по 13 июня происходила конференция по изучению минеральных источников БССР, торфогрязей и сапропелитов на предмет использования их в медицинских целях.

В конференции принимали участие представители Центрального института курортологии (Москва), Института гидрогеологии и института торфа Белорусской Академии Наук, ГИФОН'а, Института соцздравоохранения и гигиены, Бобруйской бальнеологической лечебницы и др.

На конференции заслушано 18 докладов, которые могут быть разбиты на две группы. К группе докладов, иллюстрирующих залегание и химизм минеральных вод и торфогрязей в БССР, относятся доклады проф. Богомолова (Москва) — «Регионарное распространение минеральных вод на территории БССР», гидрогеолога Козлов и химика Верешня—«Минеральные воды в Глусском районе», доцента Остапени—«Гидрохимическая характеристика минеральных вод БССР» и доклады проф. Ануфриева и доцента Каплана о материалах экспедиций по изучению сапропелитов и торфогрязей БССР.

Проблема использования минеральных вод и торфогрязей для лечебных целей освещена в докладе проф. Маркова—«Основы и перспективы развития торфогрязелечения в БССР», проф. Фирзон—«Терапевтическая эффективность белорусских торфогрязей при различных заболеваниях», Лидского, Лившица и Вольфсон (Бобруйск)—об эффективности применения бобруйских минеральных вод при различных заболеваниях, доц. Майзель—«Торфолечение в гинекологии по материалам ГИФОН'а» Анисимова, Зиневича, Штейн, Пансевич и Фрумкиной по вопросам физико-химических свойств и микрофлоры торфогрязей и сапропелитов БССР.

Конференцией принята следующая резолюция:

До Великой Октябрьской социалистической революции планомерного и научно обоснованного изучения недр на территории современной БССР, в том числе гидроминеральных ресурсов, торфогрязей и сапропелитов не производилось. Широкие массы трудящихся также были совершенно лишены всякой возможности пользоваться специализированной медицинской помощью (аппаратная физиотерапия, курортные факторы и т. д.).

Только Великая Октябрьская революция создала все предпосылки для планового изучения природных богатств страны с целью их рационального использования для различных потребностей народного хозяйства Советского Союза и народного здравоохранения.

За годы сталинских пятилеток, в результате проведенного бурения глубоких скважин, а также экспедиционных изысканий, на значительной территории БССР выявлены минерализованные воды, торфогрязи и сапропелиты, имеющие большое бальнеологическое значение. За этот же период в БССР были развернуты все виды специализированной медицинской помощи в том числе и лечение местными торфогрязями и минерализованной водой.

I

Общегеологические и гидрогеологические условия территории БССР и ближайших районов позволяют считать, что в девонских отложениях имеются мощные водоносные горизонты минерализованных вод, распространенные на большой площади. Из этих горизонтов в ряде пунктов может быть получена самоизливающаяся вода со значительным дебетом. По типу эти минерализованные воды можно разделить на сульфатные, приуроченные к верхнему девону, и хлоридно-натриевые воды, залегающие под сульфатными водами в тех же горизонтах. Из пунктов, где были вскрыты и частично опробованы минеральные воды, можно указать на Бобруйск, Могилев, Минск, Борисов и др.

В Бобруйске в настоящее время минерализованные воды используются для лечебных целей при местной водолечебнице с большим терапевтическим эффектом, главным образом, при ревматических заболеваниях.

В Могилеве получена минерализованная вода, которая, судя по предварительным материалам исследования, могла бы применяться также и в качестве лечебной питьевой воды при некоторых желудочно-кишечных, почечных заболеваниях и т. д.

Встреченные в Глусском районе воды хотя и являются более минерализованными по сравнению с водами Бобруйска, Минска, Могилева и других пунктов, однако общие естественные условия, а также экономика района не позволяют ставить вопрос об использовании этих вод для лечебных целей в ближайшее

время. Отмечая в указанном районе наличие куполовидных поднятий в девоне, конференция считает целесообразным при проведении гидрогеологических исследований в данном районе увязать их с выявлением геологических структур и связанных с ними полезных ископаемых.

Учитывая большой опыт использования для лечебных целей минеральной воды Бобруйской арт. скважины, конференция считает целесообразным наладить более полное использование дебета этой воды, поскольку в данный момент производительность скважины используется недостаточно. Для этой цели следует ускорить строительство второго корпуса, а также обеспечить нормальную и бесперебойную подачу воды через водовод.

Район Могилева по своему географическому положению, общим природным, хозяйственным и транспортным условиям имеет наибольшую перспективу в отношении организации курорта на базе минерализованных вод, которые следует в этом районе опробовать разведочно-эксплоатационным бурением большого диаметра, глубиною ориентировочно до 500 м. В результате бурения такой разведочно-эксплоатационной скважины, может быть получен материал о наличии и количестве как питьевых лечебных вод, так и рассольных вод для ванн.

Вторым районом возможного курортного строительства конференция считает урочище «Щатково» в районе Бобруйска, где имеются соответствующие природные условия и перспективы получения хлоридно-натриевых вод на той же глубине, что и в Бобруйске.

II

1. БССР располагает большим фондом залежей торфа и сапропелитов, часть которых оказалась вполне пригодной для лечебных целей.

2. Экспедиционные изыскания торфогрязей и сапропелитов, произведенные Всесоюзным институтом болотного хозяйства и Институтом торфа Академии наук БССР, выявили значительные запасы сырьевых ресурсов для бальнеологических целей с удовлетворительными химическими и физическими константами. Запасы этих торфогрязей ориентировочно определяются в 26.000.000 м³ и сапропелитов—48.000.000 м³.

3. Принимая во внимание, что месторождения торфогрязей и сапропелитов расположены в непосредственной близости к промышленным и областным центрам БССР, а также учитывая большой клинический эффект по торфолечению при различного рода внутренних, нервных и гинекологических заболеваниях, конференция считает необходимым:

а) расширить использование и увеличить пропускную способность существующих торфолечебниц в Минске, Бобруйске и Борисове;

б) рекомендовать Наркомздраву вновь организовать в первую очередь торфогрязелечение при физиотерапевтических лечебницах Витебска, Могилева и Гомеля;

в) начать клиническое аппробирование сапропелитов в грязелечебнице ГИФОН'а, а также организовать лечебное испытание сапропелитов в Лепельской и Чашникской больницах под руководством ГИФОН'а, обратив при этом особое внимание на сапропелиты, богатые сероводородом.

4. Конференция считает необходимым произвести дополнительные изыскания торфогрязей в районах Мозыря и Орши, а также сапропелитов в районе Могилева.

III

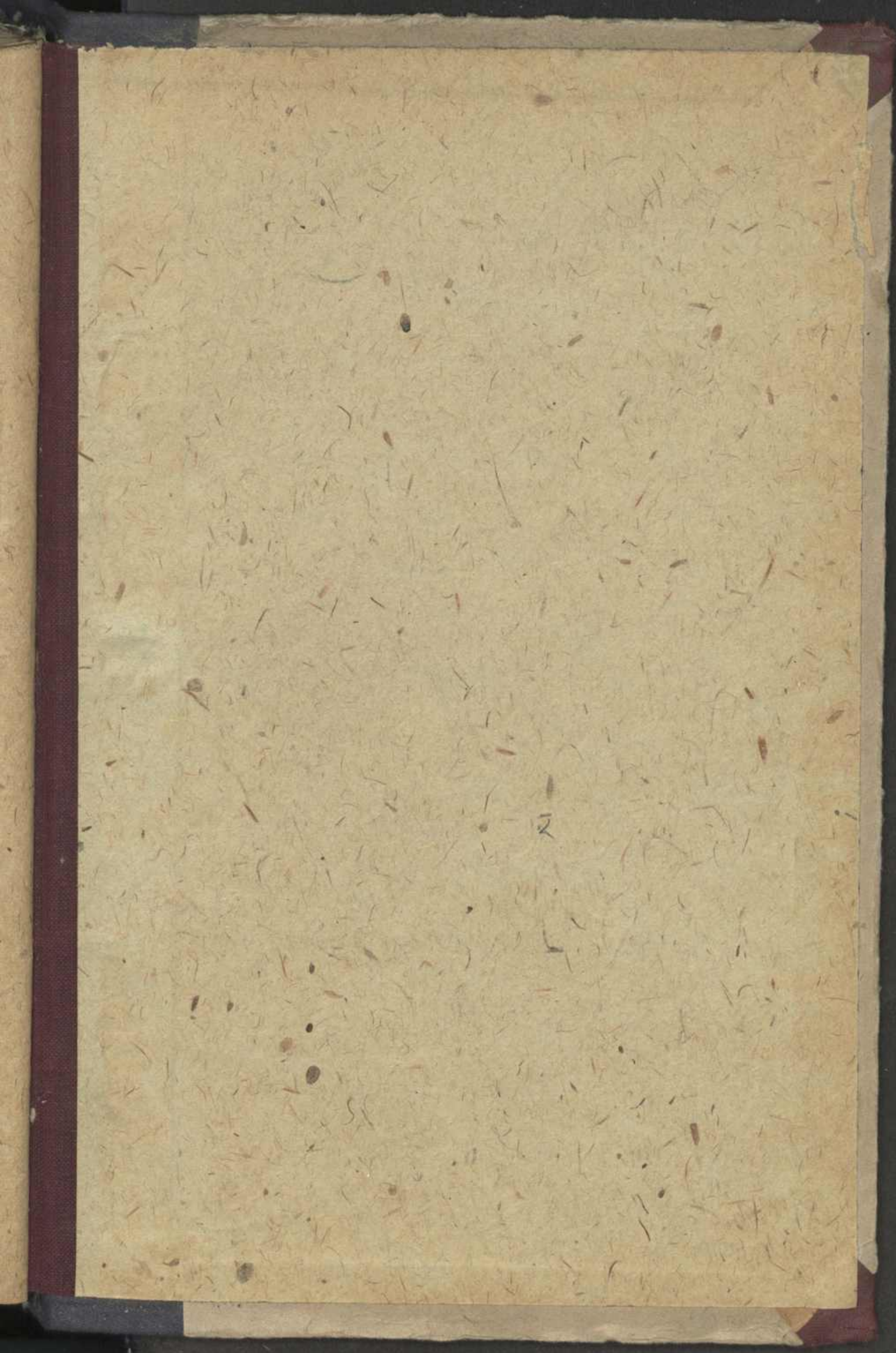
Конференция считает целесообразным возбудить ходатайство перед правительством БССР о соответствующей охране участков, перспективных по курортному строительству в БССР, и о частичном закреплении торфяников с лучшими показателями торфогрязей за Наркомздравом.

Конференция считает нужным указать также на необходимость дальнейшей углубленной и комплексной исследовательской работы (ГИФОН, Институт соц. здравоохранения, Бобруйская бальнеолечебница, геологический институт Академии наук БССР, институт торфа Академии наук БССР, Всесоюзный институт болотного хозяйства) по изучению бальнеологических возможностей минеральных источников, их дебета, лечебных свойств, запасов торфогрязей и сапропелитов, их физико-химических констант, лечебного действия и т. д.

Конференция считает целесообразным опубликовать материалы своей работы.

СОДЕРЖАНИЕ

Цена 5 руб.




B000000 18605 19